Nr. 35. 1. września 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Antoni STEFANOWSKI. Warszawa.

Przebieg choroby Marszałka Józefa Piłsudskiego.

I.

W ostatnich latach przed zgonem Marszałek Piłsudski stosunkowo często zapadał na stany zapalne oskrzeli na tle bardzo dużej rozedmy płucnej, tem dokuczliwszej, że połączonej ze znacznemi zrostami opłucnowemi po dawniej przebytych chorobach.

Stany zapalne oskrzeli potęgowały się w porze zimowej tak, że 3 lata temu były powodem zapalenia płuc odoskrzelowego cięższego stopnia, które wywołało poważniejsze zaburzenia krążenia w formie długotrwałej duszności, bezsenności, niemiarowości tętna i t. p. W ostatnim jednak roku objawy te nie dokuczały zbytnio, nie przeszkadzały w normalnym biegu zajęć, aczkolwiek sprawiały, że Marszałek sypiał w pozycji siedzącej po długich godzinach pracy nocnej.

W diecie uderzała może zbytnia ilość płynów (6 szklanek herbaty na dobę), a może też czasami zbyt duża ilość mięsa; jednak ogólnie biorąc, w jedzeniu nic specjalnie wadliwego znaleźć nie było można i pomimo złego stanu zębów zaburzeń kiszkowo-żołądkowych poważniejszej natury do ostatnich miesięcy życia nie obserwowano. Nerki funkcjonowały prawidłowo: ciężary gatunkowe moczu bywały zmienne, nieraz dość wysokie, ale mocz bez białka i bez chorobowych elementów morfotycznych.

Serce powiększone stosunkowo nieznacznie tak lewe, jak szczególniej prawe, pokryte przez rozdęte płuco całkowicie; akcentuacja obu drugich tonów u podstawy; ciśnienie tętnicze wzmożone, powyżej 200 mm Hg. Objawy niedomogowe występowały jedynie w okresie poważniejszych chorób (grypa).

II.

Początek zaburzeń chorobowych, klinicznie stwierdzalnych, trzeba odnieść do połowy stycznia 1935 r., gdyż nawet w końcu 1934 roku wybitniejszych oznak chorobowych, przynajmniej miejscowych, nie było: gorszy wygląd, łatwiejsze męczenie się przypisać można było przepracowaniu i brakowi odpoczynku.

W początkach lutego 1935 r. objawy zaczęły przybierać odrazu wprost zatrważający przebieg, na co zwracał uwagę lekarz przyboczny Marszałka, Dr. Marcin Woyczyński. Przedewszystkiem zmienił się p. Marszałek w wyglądzie. Zbyt duże były zmiany: cera ziemista, chudnięcie — by można to było tłumaczyć jedynie zmartwieniem wskutek choroby, a później śmierci ukochanej siostry. Zaczęły występować czasami wymioty niezależnie od czasu jedzenia, nieraz bardzo późno, nawet w 8 godzin, jedzeniem niestrawionem, bez domieszki żółci. Pojawiły się obrzęki koło kostek, które jednak później ustąpiły; zaczęła się szybko powiększać wątroba. P. Marszałek czuł się bardzo słaby, jednak na bóle większe nie skarżył się. Wątroba, choć powiększona, była jednak zupełnie gładka i niebolesna przy obmacywaniu; powstało nawet podejrzenie obecności niewielkiej ilości płynu w jamie brzusznej. P. Marszałek bardzo skryty i nieudzielający się otoczeniu, odrzucał myśl o poważnem przebadaniu lub konsyljum; jak zawsze tak i tym razem miał niechęć do leczenia środkami wewnętrznemi, akceptował jedynie metody fizykalnej terapji. Dr. Woyczyńskiemu na twierdzenie jego o chorobie wątroby parował Marszałek odpowiedzią, że lekarz, który sam choruje na wątrobę, u swych pacjentów tem łatwiej chorobę wątroby znajduje. Dolegliwości, aczkolwiek zatajane, musiały być jednak znaczne, gdyż p. Marszałek, ustalając dla siebie samego terapję dietetyczną, to odrzucał jedzenie obiadu, to wprowadzał w ciągu paru tygodni marca dietę owocową; były dnie, że nie jadał nic zgoła.

W lutym 1935 r. parokrotnie dokonywano badania kału na krew utajoną przy diecie bezmięsnej z wynikiem ujemnym. W międzyczasie wątroba powiększała się dość szybko, będąc narazie gładką — podejrzenia Dr. Woyczyńskiego co do sprawy nowotworowej wątroby przy prymitywnych metodach badania nie mogły być narazie bezapelacyjnie rozstrzygnięte. Rozstrzygnął w tej kwestji sam przebieg choroby. Tak wskutek gorszego odżywiania się, jak i samego procesu chorobowego, rozwijało się postępujące charłactwo: kończyny chudły wybitnie, twarz ziemista, „żabi“, jak gdyby rozdęty, brzuch; tętno zaczęło się przyspieszać, ciśnienie tętnicze powoli spadło z powyżej 200 na 160 mm Hg (Korotkow). Wątroba w ostatnich tygodniach zaczęła sięgać poniżej pępka, wykazując powiększenie bardzo znaczne, zwłaszcza lewego płatu, pojawiły się guzowatości na powierzchni, brzeg wątroby stał się nierówny. W jamie brzusznej pojawił się płyn, wyraźnie stwierdzalny i jak się zdawało, w znacznej ilości — na sekcji okazało się, że było go jednak mniej (powyżej 2 litrów), niż klinicznie można było przypuszczać.

Być może, zepchnięcie kiszek ku dołowi przez rozrośniętą wątrobę odegrało tutaj rolę. Obrzęki koło kostek zginęły czy to po zastosowaniu doustnem środków nasercowych i moczopędnych (na żadne wstrzykiwania Marszałek się nie zgadzał), czy też może i samoistnie wskutek zmian w mechanizmie krążenia. Klinicznie można było stwierdzić ze wszelką pewnością utrudnienie krążenia wskutek uciśnienia żyły wrotnej.

Prof. K. F. Wenckebach z Wiednia, wzywany dwukrotnie, stwierdził zaburzenie krążenia zależne od mechanicznych przyczyn (ucisku przez powiększoną przez nowotwór wątrobę) — przyczyn tak obrazowo przez niego opisanych w pracy „O rozmaitych postaciach żylnego zastoju w krążeniu“ [1]), nie zaś od osłabienia miąższu sercowego na tle jego zwyrodnienia. Naodwrót serce, jako motor centralny, nie wykazywało większych zmian; ciśnienie utrzymywało się koło 175—160 mm Hg maks., a tętno było umiarkowanie częste, 80—90 na minutę. W płucach też zaburzeń świeżej daty nie było: trochę zastoinowych rzężeń i rozedma. Zaburzenia trawienne wyraziły się w zaparciach stolca, rzadziej w biegunce. Analizy kału w maju wykazywały już stale *obecność krwi* i to znaczną. W ostatnim tygodniu stan Marszałka zaczął się szybko pogarszać: krwawienie wewnętrzne stało się silniejsze, na co już sam wygląd kału wskazywał; na 24 godzin przed zgonem wystąpiły znowu wymioty, tym razem krwią świeżą i skrzepami i to w znacznej ilości. Już uprzednio podawano płyny z lodem, i to jedzenie jednak przyjmowane było bardzo niechętnie. Tętno zaczęło coraz bardziej się przyspieszać, a ciśnienie tętnicze spadać, by na parę godzin przed zgonem osiągnąć 100 mm Hg ciśnienia maksymalnego. Stosowane w ostatnich dniach wstrzykiwania, mianowicie: surowica przeciwkrwotoczna (hemoplastyna) nie mogły oczywiście wstrzymać tragicznego rozwiązania. Wszystkie inne, omówione z lekarzami generałem Dr. Rouppertem, Dr. Mozołowskim i Dr. Cianciarą oraz Dr. Tukanowiczem projekty terapeutyczne, przy szybkim upadku sił, okazały się nierealne. Zastrzyk dożylny koraminy mógł być jedynie chwilową pomocą.

Marszałek umarł na skutek wzmożenia się krwotoku wewnętrznego.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: rak żołądka, lub przypuszczalnie głowy trzustki (za tem ostatniem przypuszczeniem przemawiał długi początkowy okres braku krwi w stolcu) z przerzutami do wątroby; utrudnienie w krążeniu żyły wrotnej; puchlina brzucha.

Nie było to rozpoznanie kliniczne zupełnie ścisłe, gdyż badanie pośmiertne wykazało, że punktem wyjścia nowotworu była sama wątroba — *carcinoma hepatis biliparum* (Dr. Kaliciński).

Epicrysis: rak samoistny wątroby rozwijać się musiał bardzo prędko, mniej dawał on objawów bólowych, a przejawiał się więcej w formie upadku sił. Rozwijający się w miąższu wątroby nowotwór powiększał sam narząd, nie zmniejszając początkowo jego powierzchni z gładkiej na guzowatą. Nie było przez okres długi objawów krwawienia wewnętrznego, gdyż nowotwór nie miał komunikacji ze światłem przewodu pokarmowego. Wskutek jednak tworzenia się od ucisku skrzepów w żyle wrotnej oraz wrastania do jej światła nowotworu wytworzyć się musiał krwiobieg oboczny, na co był czas wystarczający przy powolnem zwężaniu się światła naczyniowego. Krwiobieg poprzez żyłę wieńcową lewą żołądka, żyłę śledzionową i drobne żyły jelit nie mógł dać trwałego wyrównania w krążeniu: powstała więc puchlina brzusz-

[1]) K. F. Wenckebach: *Ueber die verschiedenen Formen der venoesen Kreislaufstauung. Vortraege d. II Internation. aerztl. Specialkurses,* Franzensbad. 1928.

na, a przedewszystkiem ustawiczne i coraz silniejsze krwawienie z rozszerzonych żył przełykowych u wpustu do żołądka; krwawienie, jak z sita, trwało z nieubłaganą koniecznością i doprowadzić musiało do zgonu.

Wiedziony wiernie mu towarzyszącą intuicją Marszałek miał wstręt do wszelkich zabiegów operacyjnych, któreby tutaj nic naprawić nie mogły, a przyśpieszyłyby tylko zgon.

Dr. Ignacy HOCHBAUM. Kraków.
Dr. Juljan ALEKSANDROWICZ.

Wpływ surowicy hemopoetycznej i osocza hemopoetycznego (hemostylu Dr. Roussela) na szybkość odnowy krwi.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Badania nad składnikiem krwiotwórczym, zawartym w surowicy osobników skrwawionych, datują się od czasu odkrycia Carnot'a i Deflandré. Badacze ci stwierdzili, że u zwierzęcia skrwawionego występuje wzmożona odnowa krwi, dzięki szczególnemu ciału, które ma właściwości pobudzania czynności układu krwiotwórczego.

Ciało to nazwali autorzy hemopoetyną, w odróżnieniu od hemolizyny. O ile we krwi przeważają hemolizyny, mamy wedle ich zapatrywania niedokrwistość; o ile zaś hemopoetyna, mamy zwiększenie ilości ciałek czerwonych. W stanach prawidłowych oba wymienione ciała są w równowadze.

Surowice o krwiotwórczych właściwościach otrzymali autorzy w ten sposób, że upuszczali w odpowiedniej ilości krew zwierzętom doświadczalnym. W okresie najsilniejszej odnowy krwi (około dwa dni po upuście, zależnie od gatunku zwierzęcia), pobierali surowicę, która wykazywała wybitne krwiotwórcze właściwości.

Jak wykazały dalsze badania, to krwiotwórcze ciało znajduje się w szpiku kostnym w okresie odnowy krwi w takiej ilości, jak w surowicy, w mniejszej ilości w wątrobie, zupełny zaś jej brak okazały wyciągi tkanki mózgowej, przewodu pokarmowego, gruczołów limfatycznych.

Deflandré przeprowadzała swe spostrzeżenia częściowo na królikach, częściowo na ludzkim materjale klinicznym. Z jej spostrzeżeń wynika, że surowica hemopoetyczna, wstrzyknięta dożylnie lub podskórnie, wywołuje u zwierząt (nawet zdrowych, nieskrwawionych) znaczne zwiększenie ilości ciałek czerwonych.

W doświadczeniach, przeprowadzanych na królikach, którym wstrzykiwała dożylnie po 9 cm³ surowicy hemopoetycznej, narastanie ciałek czerwonych było w niektórych przypadkach tak znaczne, że obraz był zbliżony do choroby Vaqueza. W klinicznych doświadczeniach, przeprowadzonych nad chorymi, cierpiącymi na niedokrwistości pokrwotoczne, w przebiegu chorób zakaźnych, otrzymywała wymieniona autorka również bardzo dobre wyniki. Po podskórnem wprowadzeniu 12 cm³ króliczej surowicy hemopoetycznej, uzyskiwała przyrost liczby ciałek czerwonych o dwa miljony w ciągu 14 dni. Oczywiście, gdy przyczyna choroby nie została usunięta, powracała znów po pewnym czasie niedokrwistość. U skrwawionych zaś, którym żadne powikłania nie towarzyszyły, po podaniu surowicy hemopoetycznej, znacznie szybciej postępowała odnowa krwi niż bez niej.

Nadto zauważyli Carnot i Deflandré u wszystkich chorych wybitną poprawę samopoczucia po stosowaniu tej surowicy.

Doświadczenia Carnot'a i Deflandré były sprawdzane przez Caprona, który podaje, że uzyskiwał wyniki podobne do opisanych przez powyższych autorów tylko w pewnej ilości przypadków, w innych zaś nie spostrzegał swoistego działania hemopoetyny. Ujemny wynik Caprona przypisuje Deflandré wolniejszej odnowie krwi, jaka odbywa się w zimowej porze roku, w której wymieniony autor czynił doświadczenia.

Stwierdzone przez Deflandré gorsze warunki odnowy krwi w porze zimowej są według dzisiejszych zapatrywań zupełnie uzasadnione. Wpływa na to zmniejszenie ilości zielonych pokarmów w porze zimowej, oraz inny stopień naświetlania promieniami pozafiołkowemi, potrzebnemi do przemiany prowitaminy na witaminę D.

W związku z wpływem promieni pozafiołkowych na odnowę krwi, należy wspomnieć o pracy Seyderhelma, który zdołał przez odpowiednie naświetlanie krwi lampą kwarcową uczynić t. zw. przez niego cytogeninę, ciało posiadające krwiotwórcze właściwości.

Od czasu spostrzeżeń Carnot'a i Deflandré posunęły się znacznie naprzód badania nad sposobem odnowy krwi. Odkryto ciała, wzmagające wzrost tkanek ustrojowych oraz ich różnicowanie (protrombina), z drugiej zaś strony stwierdzono, że wzrost można hamować antyprotrombiną (heparyną), co wykazali Fischer, Zakrzewski, Schmidt i inni. Nasuwa to przypuszczenie, co zauważył H. Schmidt, że może zachodzi pewne podobieństwo między protrombiną a hemopoetyną, oba ciała bowiem, jak już wyżej wspomniano, pobudzają wzrost tkanek, oba są przyrody zaczynowej, są ciepłochwiejne oraz skracają czas krzepnięcia. Istota jednak tych ciał i wzajemny ich stosunek do siebie narazie zbadane nie są tak, że prócz spostrzeżeń o czynnościowem podobieństwie, nic więcej o nich powiedzieć nie można.

* * *

Jakkolwiek nie mamy ściślejszych danych o istocie hemopoetyny, ma ona wielu zwolenników ze względu na korzystne lecznicze działanie, o czem świadczą ogłaszane spostrzeżenia licznych klinicystów.

Z polskich autorów Iwaszkiewicz uzyskiwał częściowo korzystne wyniki, stosując surowicę hemopoetyczną doustnie w szeregu niedokrwistości o różnych przyczynach.

G. Vaselli uzyskał dobre wyniki, stosując hemopoetynę we wtórnych niedokrwistościach i skazach krwotocznych. W tych ostatnich osiągał przyspieszenie krzepliwości krwi i poprawę ogólnego stanu chorych.

G. Mantovani, G. Urbino z powodzeniem stosowali hemopoetynę w postaci hemostylu Dr. Roussela w miesiączce krwotokowej i krwotokach macicznych.

Aldo-Muratori podawał z dobrym skutkiem hemostyl w przypadkach krwotoku jelitowego w przebiegu duru brzusznego. Szereg autorów, między innymi Urbino, polecają podawanie hemopoetyny doustnie, co ma być ich zdaniem również skuteczne, jak stosowanie pozajelitowe, a ma tę przewagę, że nie wywołuje uczulenia.

Te ostatnie spostrzeżenia zachęciły nas do zbadania, jak wpływa na odnowę krwi hemopoetyczna surowica, podana drogą doustną, oraz określenia różnicy skuteczności działania zależnie od sposobu wprowadzenia jej do ustroju, co w leczeniu pewnych niedokrwistości niewątpliwie miałoby znaczenie.

Badania własne.

Doświadczenie I.

Doświadczenia nasze przeprowadziliśmy częściowo na zwierzętach doświadczalnych w tym celu skrwawianych, częściowo zaś na materjale klinicznym. Badania na zwierzętach przeprowadzaliśmy w Zakładzie Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie, dzięki uprzejmości Dr. Hugona Kowarzyka.

W pierwszych naszych doświadczeniach staraliśmy się porównać działanie hemopoetyny, stosowanej w postaci hemostylu, z działaniem surowicy hemopoetycznej, uzyskanej ze skrwawionego królika.

Użyliśmy do tego celu 6 seryj zwierząt doświadczalnych, z których każda składała się z 3 królików jednego miotu, płci i w przybliżeniu tej samej wagi. Z grupy królików, których użyliśmy do doświadczeń niżej przytoczonych, Nr. 1. służył do porównania szybkości odnowy krwi bez podawania leku, Nr. 2. otrzymywał hemostyl podskórnie, Nr. 3. dostawał również podskórnie surowicę hemopoetyczną. Tę hemopoetyczną surowicę uzyskaliśmy, opuszczając królikowi 25 cm³ krwi, a w trzy dni potem — w czasie silnej odnowy — upuściliśmy znów królikowi krew, której surowicę, jako zawierającą hemopoetynę, używaliśmy do doświadczeń.

Każdemu z królików, których używaliśmy do doświadczeń (Nr. 1, 2, 3), upuściliśmy po 25 cm³ krwi z serca. Po oznaczeniu ilości ciałek czerwonych, hemoglobiny i retikulocytów, podawaliśmy drugiemu hemostyl Dr. Roussela podskórnie codziennie w ilości 2 cm³, trzeciemu podawaliśmy w ten sam sposób surowicę hemopoetyczną drogą przewodu pokarmowego.

Ciałka czerwone obliczaliśmy w komorze Bürckera znaną metodą, przeprowadzając zawsze przytem kontrolę badania, hemoglobinę oznaczaliśmy w hemoglobinometrze Autenritha, retikulocyty zaś oznaczaliśmy bądźto w rozmazie barwionym błękitem krezylu, bądźto w innej serji doświadczeń, błękitem metylenowym zażyciowo. Ze względu na równoległość wyników wszystkich doświadczeń, ograniczamy się do podania jednego tylko protokółu, który zestawiony jest poniżej.

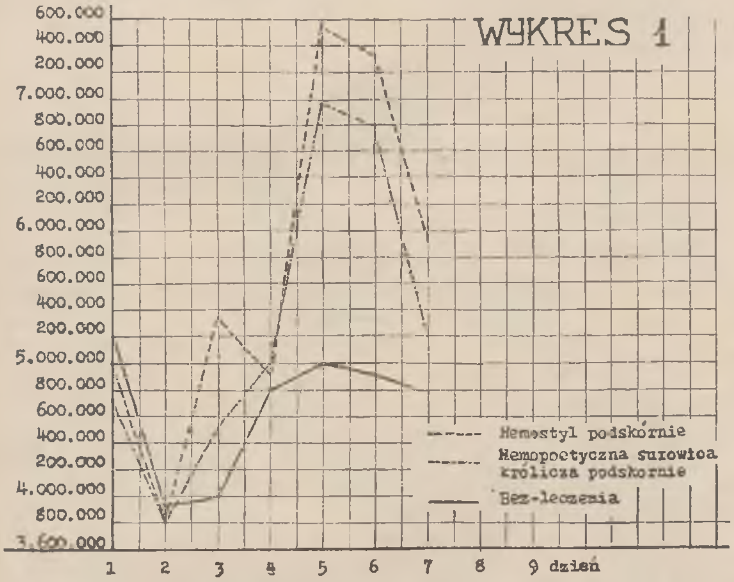
Tablica I.

Królik Nr. 1. samiec, albinos, wagi 1.740 g nie otrzymywał żadnych leków.
Królik Nr. 2. samiec, albinos, wagi 1.510 g dostawał podskórnie zastrzyki hemostylu Roussela.
Królik Nr. 3. samiec, albinos, wagi 1.750 g dostawał podskórnie zastrzyki surowicy hemopoetycznej.

Wszystkie króliki były jednego miotu.

Data	Ilość ciałek czerwonych			Ilość Hb			Indeks			Ilość retikul.		
	Królik 1	Królik 2	Królik 3	Królik 1	Królik 2	Królik 3	Królik 1	Królik 2	Królik 3	Królik 1	Królik 2	Królik 3
25. VII.	5,200.000	5,000.000	4,700.000	66	70	59	0,6	0,7	0,6	—	—	—
26. VII.	3,900.000	3,800.000	3,800.000	50	55	50	0,6	0,7	0,6	—	—	1
27. VII.	4,000.000	5,300.000	4,500.000	60	40	53	0,7	0,3	0,5	1	16	18
28. VII.	4,800.000	4,900.000	5,000.000	60	50	64	0,6	0,5	0,6	4	40	28
29. VII.	5,000.000	7,500.000	6,950.000	74	92	89	0,6	0,6	0,6	1	10	14
30. VII.	4,900.000	7,300.000	6,800.000	69	80	85	0,7	0,5	0,6	3	5	4
31. VII.	4,800.000	5,700.000	5,000.000	70	68		0,7	0,6		1	3	8

Jak to już w wykresie I. uwidoczniliśmy, w 5 dniu po stosowaniu zastrzyków hemostylu, lub surowicy hemopoetycznej, przez nas samych sporządzonej, wzrosła ilość ciałek czerwonych znacznie. Wzrost ten poprzedzało zwiększenie liczby retikulocytów. W krótki czas potem stwierdziliśmy, że ilość ciałek czerwonych opadła do stanu prawidłowego. W jednym ze spostrzeganych przypadków retikulocytoza dochodziła (po stosowaniu hemostylu) do 250⁰/₀₀. Godnem uwagi jednak w tym przypadku było to, że po tak olbrzymiej retikulocytozie ilość ciałek czerwonych tylko nieznacznie się podniosła.



Powyższe doświadczenia potwierdzają w zupełności spostrzeżenia Carnota i Deflandré oraz wskazują, że surowica hemopoetyczna wywiera zupełnie ten sam wpływ na odnowę krwi, co hemostyl Roussela. Wykres wskazuje prawie że równoległe wahania ilości ciałek czerwonych, występujące pod wpływem podskórnie stosowanego hemostylu i surowicy hemopoetycznej. Dlatego też posługiwaliśmy się odtąd w naszych doświadczeniach wyłącznie hemostylem, jako już gotowym i łatwiej dostępnym przetworem.

Takie same porównawcze doświadczenia przeprowadziliśmy na królikach i uzyskiwaliśmy równoznaczne wyniki, które zupełnie zgadzały się z poprzedniemi.

Hemostyl Roussela otrzymywaliśmy dzięki uprzejmości firmy Aleksander Wieniewicz w Warszawie, za co na tem miejscu składamy jej serdeczne podziękowanie.

Doświadczenie II.

Dalsze nasze doświadczenia prowadzone były w kierunku porównania działania hemostylu, podanego pozajelitowo z podanym drogą przewodu pokarmowego. Badania nasze przeprowadziliśmy na 6 królikach. Hemostyl dawaliśmy królikom w ilości 2 cm³ doustnie. Króliki najczęściej same zjadały wydzieloną dawkę hemostylu. Gdy same spożyć go nie chciały, sporządzaliśmy gałki, mieszając hemostyl z mąką i w takiej postaci podawaliśmy przemocą do jamy gębowej.

Ponieważ wyniki wszystkich badań tej grupy idą mniejwięcej równolegle, ograniczamy się do przytoczenia dwóch protokółów, w których przedstawiamy najsilniejsze i najsłabsze działanie surowicy hemopoetycznej (hemostyl).

Protokół 1.

Kontrola:

Królik 1. Samiec, albinos, wagi 1.670 g bez leczenia celem kontroli.
Królik 2. Samiec, albinos, wagi 1.750 g dostawał hemostyl do przewodu pokarmowego w dawkach 2 cm³ dziennie.

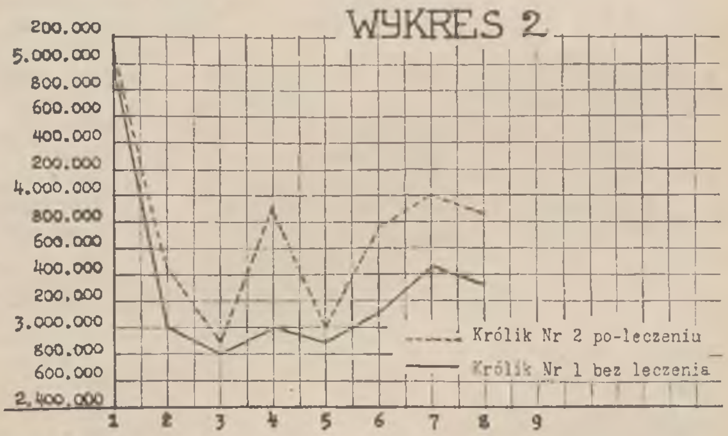
Obydwa króliki były jednego miotu.

Ciałka czerwone		Hemoglobina		Indeks		Retikulocytoza	
Królik 1	Królik 2	Królik 1	Kr. 2	Kr. 1	Kr. 2	Kr. 1	Kr. 2
4,900.000	5,000.000	58	60	0,5	0,6	—	—
3,000.000	3,500.000	32	49	0,5	0,7	—	—
2,700.000	2,900.000	30	31	0,5	0,5	8	6
3,000.000	3,400.000	45	51	0,7	0,8	25	18
2,900.000	3,000.000	32	36	0,8	0,7	—	22
3,100.000	3,700.000	50	54	0,5	0,5	3	30
3,500.000	4,200.000	40	50	0,8	0,7	4	—
3,400.000	4,300.000	56	60			3	8

Protokół 2.

Ciałka czerwone	Hemoglobina	Retikulocytoza	Indeks
4,350.000	60	—	0.6
3,600.000	49	—	0.6
3,100.000	51	—	0.8
3,300.000	50	3	0.7
4,300.000	50	6	0.7
3,600.000		8	0.5
4,000.000	54	10	0.5
4,000.000		—	0.6

Z powyższego widać (wykres II), że hemostyl podany doustnie działa nieporównanie słabiej niż stosowany pozajelitowo. Działanie jednak na odnowę krwi niewątpliwie występuje, o czem świadczy stały wzrost ciałek czerwonych i zwiększenie się odsetku retikulocytów. (W jednym przypadku — protokół 2 — odsetek retikulocytów był niski).



Wynik doświadczeń, przeprowadzanych na królikach przedstawia się tedy następująco:

1. Surowica hemopoetyczna, otrzymana ze skrwawionych królików w okresie odnowy krwi, działa na szybkość odnowy krwi w ten sam sposób, jak handlowy preparat hemostyl Roussela.
2. Hemopoetyczna surowica i hemostyl stosowane pozajelitowo, wybitnie przyspieszają odnowę układu krwiotwórczego, co przejawia się w znacznym wzroście ilości retikulocytów, hemoglobiny i ciałek czerwonych.
3. Hemostyl i surowica hemopoetyczna stosowane doustnie, wywierają również drażniące działanie na układ krwiotwórczy, jednak działanie to jest znacznie słabsze niż przy podaniu podskórnem.

Doświadczenia kliniczne.

W doświadczeniach klinicznych, przeprowadzanych na chorych, cierpiących na różne postacie niedokrwistości, podawaliśmy hemostyl doustnie. Coprawda, jak wyżej wykazaliśmy w doświadczeniach na zwierzętach, w ten sposób podany działa on wybitnie słabiej, niż przy stosowaniu pozajelitowem.

Od podawania „hemostylu" pozajelitowo odstąpiliśmy, obawiając się objawów uczulenia.

Materjał doświadczalny obejmuje 34 przypadki niedokrwistości wtórnej o różnem tle. Przypadki nasze podzieliliśmy na 3 grupy:

I. Grupa: Niedokrwistości pokrwotoczne (3 przypadki niedokrwistości pokrwotocznej w następstwie wrzodu żołądka krwawiącego, 3 przypadki po wycięciu żołądka spowodu wrzodu i 2 przypadki niedokrwistości w następstwie krwawień macicznych w okresie przekwitania).

II. Grupa: Niedokrwistości toksyczne, występujące w przebiegu chorób zakaźnych (2 przypadki gruźlicy gruczołowej, 1 przypadek wysięku opłucnego gruźliczego, 3 przypadki raka żołądka, 2 przypadki zimnicy po okresie leczenia swoistego, 4 przypadki glistnicy *(ascaris lumbricoides),* 5 przypadków zapalenia stawów (3 ostre, 2 przewlekłe), 1 przypadek zapalenia wsierdzia i 2 przypadki ostrego zapalenia nerek (gruźlicze zapalenie nerek).

III. Grupa: Niedokrwistości u ozdrowieńców (3 przypadki po zapaleniu płuc płatowem, 1 po odoskrzelowem zapaleniu płuc pooperacyjnem, 2 po ostrem zapaleniu nerek i 1 po usunięciu woreczka żółciowego na skutek kamicy wątrobowej).

Dla zobrazowania wydatnego wpływu doustnie podawanego „hemostylu", przytaczamy 2 przypadki grupy I.

Chory L., lat 43, od kilkunastu miesięcy cierpi na wrzód żołądka, stwierdzony rentgenologicznie. Leczył się (bizmut, dieta, alkalja) ambulatoryjnie, jednakże bez wyniku. Dnia 25. XII. 1933 dostał silnego krwotoku żołądkowego. Po krwotoku badanie krwi wykazało: ciałek czerwonych 1,800.000, Hb 40%, indeks 0.8, retikulocytów 0.2%.

Choremu podawaliśmy „hemostyl" w ilości 2 ampułek dziennie, w ciągu 4 tygodni, naczczo. Krwotoki nie ponowiły się, a badanie krwi, wykonane dnia 22. I. 1934, t. j. 4 tygodnie po krwotoku, wykazało: ciałek czerwonych 2,500.000, Hb 50%, retikulocytów 0,1%. Badanie z dnia 30. I. wykazało: ciałek czerwonych 3,300.000, Hb. 68%, wskaźnik retikulocytów 0,4%.

Po uzyskaniu tej poprawy, przystąpiono do zabiegu operacyjnego, który chory zniósł dobrze.

W podobny sposób oddziaływał „hemostyl" w przypadku, dotyczącym chorego M., lat 38, który od dłuższego czasu cierpi na wrzód żołądka, w przebiegu którego wystąpił dnia 26. I. 1934 silny krwotok.

Stan bezpośrednio po krwotoku przedstawiał się następująco: skóra i błony śluzowe blade, okolica dołka podsercowego tkliwa na ucisk, pozatem narządy wewnętrzne nie wykazują zmian. Przeprowadzone badanie krwi wykazało: ciałek czerwonych 880.000, Hb nieoznaczalna, wobec tego przetoczono choremu 450 cm³ krwi. Po przetoczeniu krwi ilość ciałek czerwonych podniosła się do 1,500.000. Stan podmiotowy chorego uległ nieznacznej poprawie. Choremu zaczęto podawać „hemostyl" w ilości 2 ampułek dziennie. Po 3 dniach zauważyliśmy wybitną poprawę samopoczucia. Ilość ciałek czerwonych dnia 30. I. t. j. w 3 dni po krwotoku wynosiła 2,500.000, Hb 45%, wskaźnik 0.9, retikulocytów 0,5%. Dnia 17. II. wzrosła ilość ciałek czerwonych do 3,200.000, Hb 60%, wskaźnik 0.9, retikulocytów 0,1%.

Większą szybkość zwiększenia ilości ciałek czerwonych, występującą w porównaniu z przypadkiem drugim, odnieść możemy nietylko do działania samego przetoczenia krwi, lecz też i do działania „hemostylu".

W II. grupie nie mieliśmy właściwie żadnych dodatnich wyników, gdyż nieznaczne wahania ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny nie przekraczały granicy błędu doświadczalnego.

1. W przypadku bronchadenopatji u chorego lat 12, ilość ciałek czerwonych 3,800.000, po zużyciu 2 flakonów „hemostylu" w ciągu 10 dni w postaci syropu, podniosła się do 4,000.000, a więc praktycznie biorąc nie wzrosła wiele.

2. W przypadku glistnicy *(ascaris lumbricoides),* spostrzeganej u kobiety lat 28, wzrosła ilość ciałek czerwonych w ciągu 18 (!) dni z 3,200.000, Hb 56%, na 4,000.000, Hb 80%, indeks 1.

3. W przypadku zimnicy po okresie leczenia swoistego u kobiety lat 34, wzrosła ilość ciałek czerwonych w ciągu 20 dni z 3,200.000, Hb 60%, indeks 0,9 na 3,800.000, Hb 78%, indeks 1.

W III. grupie przypadków, t. j. u ozdrowieńców, osiągane narastanie hemoglobiny i ciałek czerwonych było jedynie w granicach błędu doświadczalnego, chorzy natomiast odzyskiwali dobre samopoczucie, co uderzająco szybko występowało.

* * *

Z powyżej przedstawionych doświadczeń, dokonywanych na zwierzętach i ludziach wynika, że układ krwiotwórczy możemy wydatnie pobudzić istotą, wytwarzaną przez żywy organizm, zwaną przez Carnota i Deflandré hemopojetyną, jednakże przedewszystkiem przy stosowaniu pozajelitowem, które ze względu na możliwość objawów uczulenia, może znaleźć zastosowanie tylko i wyłącznie w wyjątkowych wypadkach.

Co się tyczy doustnego stosowania surowicy hemopoetycznej, niewywołującego żadnych przykrych objawów ubocznych, to działanie to jest znacznie słabsze od stosowania pozajelitowego i dlatego może znaleźć zastosowanie w niedokrwistościach lżejszych oraz tam, gdzie chodzi o przyspieszenie okresu zdrowienia, przedewszystkiem ze względu na szybko występujące u tych osobników dobre samopoczucie.

Piśmiennictwo:

Aleksandrowicz: Pol. Arch. Med. Wew. Nr. 4. 1934, Pol. Gaz. Lek. Nr. 46. 1934. — Carnot, Deflandré (cyt. wdł. Deflandré): C. R. Acad. Sc. Paris 1906. CXLIII. — Capron cyt. Deflandré: Str. 60. — Deflandré: Les applications du sérum hémopoietique 1912. Imprimer Pierre-Dupond, Paris. — Fischer: Klin. Woch. Nr. 41. 1932. — Iwaszkiewicz: Medycyna Nr. 9. 1935. — Kryszek, Mogilnicki: Sprawozdanie z posiedzenia Łódzkiego Tow. Lek. Pol. Gaz. Lek. Nr. 19, 1935. — Mantovani: ref. Avenire Sanitario. Nr. 4. 1927. — Reicher: cyt. jak Kryszek. — Schmidt H.: Nowiny Lekarskie Nr. 22, 1933. — Seyderhelm: Klin. Woch. Nr. 15. 1933. — Urbino: ref. Poiclinico 1926. — Vasseli: ref. Minerva Medica. Nr. 31. 1926. — Zakrzewski: Klin. Woch. Nr. 3. 1932.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

T. ZAWODZIŃSKI. St. asyst. Oddziału. Warszawa.

W sprawie rzadkich postaci ropnego zapalenia przymacicza.

Z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.
Kierownik: Prof. Dr. T. Wiczyński.

Zapalenie przymacicza — to codzienne schorzenie w praktyce ginekologicznej — przybiera bardzo rozmaite postacie kliniczne i anatomo-patologiczne. Niektóre z tych postaci, jakkolwiek znane ogółowi lekarzy ginekologów, występują tak rzadko, że słusznem się wydaje omówienie poszczególnych przypadków tych właśnie postaci *parametritis.*

Wiadomo, że tkanka łączna, wypełniająca przestrzeń podotrzewnową miednicy małej, składa się przedewszystkiem z luźnej tkanki łącznej, która w życiu płodowem i u dziewczynek aż do okresu pokwitania (Ed. Martin) jest jedynym składnikiem tkankowym przyszłych urządzeń anatomicznych warunkujących statykę narządu rodnego. W tych też okresach aparat podtrzymujący macicę jest jeszcze nierozwinięty, gdyż w okresie niemowlęctwa nie wymagają tego warunki statyczne, a w dzieciństwie mała macica (stosunkowo wolniej się rozwijająca aż do okresu pokwitania) nie potrzebuje również silnego aparatu podtrzymującego.

Dopiero z biegiem czasu wytwarzają się pasma zbitej tkanki łącznej, zbiegające się do macicy i wytwarzające razem aparat podtrzymujący macicę *retinaculum uteri* (Martini). Część przednia tego *retinaculum* — to więzadło pęcherzowo-przymaciczne boczne *(lig. vesico-uterinum later.);* przechodzi ono ku górze w *lig. pubo-vesicale;* część tylna — więzadła krzyżowo-maciczne *(lig. sacrouterina).* Ku dołowi owe pasma łącznotkankowe dotykają *arcus tendineus* m. dźwigacza odbytu.

Nieco inny charakter mają boczne zgrubienia tkanki łącznej t. zw. *lig. cardinalia.* Wykonywują one zadanie podobne do wyżej wspomnianych, ale w zasadzie należą one do skupień tkanki łącznej, towarzyszących naczyniom krwionośnym, wchodzącym w skład systemu tętnicy podbrzusznej.

Wspomniane wyżej więzadła wchodzące w skład *retinaculum uteri.* oraz *lig. cardinalia* dzielą luźną tkankę łączną miednicy małej na szereg komór omawianych poniżej.

Dookoła organów miednicy małej przebiegają pasma zbitej tkanki łącznej, pokrywające bezpośrednio mięśniówkę tych narządów. Dla tych to ugrupowań tkanki łącznej pragnął zarezerwować W. A. Freund nazwę *para-metrium-colpium-cystium-proctium.*

Wreszcie do tkanki łącznej miednicy małej zalicza się powięzie: *fascia obturatoria* i *fascia superficialis perinei.*

Zbite pasma tkanki łącznej, rozchodzące się gwiaździsto od szyi macicy, dzielą całą tkankę łączną miednicy małej na znane powszechnie odcinki t. zw. przymacicze przednie, tylne i boczne.

Przymacicze przednie ograniczone z boku więzadłami pęcherzowo-macicznemi łączy się z kanałami pachwinowemi, wkraczając w nie za więzadłami obłemi (a dalej przez *lacuna vasorum*

z przednią ścianą uda), ponadto łączy ono się z przestrzenią Retziusa i przednią ścianą brzucha w jej okolicy podotrzewnowej; przestrzeń podotrzewnowa *excavationis vesico-uterinae* jest niejako anatomicznym ośrodkiem tej części przymacicza.

Przymacicze tylne komunikuje z otoczeniem kiszki prostej, czyli z t. zw. *paraproctium*, ku górze zaś łączy się z przestrzenią podotrzewnową tylnej ściany brzucha.

Przymacicze zaś boczne, w samej podstawie więzadeł szerokich zdąża ku *fossa iliaca*, ku górze i ku tyłowi pod *coecum* lub esicę aż do otoczenia nerek *(paranephrium)*; ku dołowi komunikuje z tkanką łączną wypełniającą przestrzenie międzymięśniowe i około-naczyniowe uda i pośladka (przez *foramen ischiadicum)*.

Stosownie do przedstawionych wyżej stosunków anatomicznych dzieli się zapalenie przymacicza klinicznie na następujące postacie:

1) *parametritis lateralis inferior* rozwijająca się poniżej *lig. cardinale* w okolicy szyjki i zdążająca ku bocznej, tylnej części miednicy;

2) *parametritis lateralis superior*, dotycząca otoczenia trzonu macicy ponad *lig. cardinale* i wykazująca tendencje rozprzestrzenienia się na talerz biodrowy; postać ta w myśl anatomicznych wywodów rozprzestrzenić się może (wzdłuż przebiegu moczowodu), aż do *paranephrium;*

3) *parametritis posterior*, przebiegająca w więzadłach krzyżowo-macicznych i przegrodzie odbytniczo-pochwowej;

4) *parametritis anterior* może dotyczyć bądź:

a) okolicy przedszyjkowej, ograniczonej po bokach więzadłami maciczno-pęcherzowemi, bądź:

b) okolicy okołopęcherzowej, z rozprzestrzenieniem się ku górze na przednią ścianę brzucha w okolicy *lig. pubo-vesicale*, tworząc t. zw. *plastron abdominale* autorów francuskich lub *Aufsteigabszess* - Sängera.

Zropienie jako zejście zapalenia przymacicza, według ogólnie znanego mechanizmu, wywołuje w swem zejściu ostatecznem przerwanie się ropy nazewnątrz w miejscach mniej lub więcej typowych.

Jako miejsca zupełnie typowe znane są: ponad środkiem więzadła Pouparta przy ropniach położonych na talerzu biodrowym; do kiszki stolcowej z przymacicza tylnego, do pęcherza — z przedniego. Przebicie do pochwy należy do rzadkości, ale do jeszcze większych rzadkości należy przebicie się ropnia przymacicza do *regio glutea*, do *fossa ischiorectalis*, w okolicę odbytu, do krocza, do wewnętrznej powierzchni uda z *foramen obturatorium*, oraz z przedniego przymacicza, z *cavum Retzii do przedniej ściany brzucha pomiędzy pępkiem* a spojeniem łonowem, i do *okolonercza z przymacicza bocznego.*

Przypadki ostatnio wymienionych dwóch postaci przerwania się ropy spostrzegaliśmy ostatnio w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

Przypadek I. Paul. O. Nr. 1512/34. *Parametritis anterior abscedens post abortum* III. *m. (extra nosocomium)*, przyjęta 12. X. 1934.

Chora lat 29, rodziła jeden raz przed 3 laty bez powikłań; na 9 dni przed przybyciem do szpitala przeszła 3-miesięczne poronienie, prawdopodobnie sztucznie, po którem na drugi dzień dostała silnych bólów w brzuchu i gorączki; objawy te zmusiły chorą do udania się na leczenie do szpitala.

W dniu przyjścia stwierdzono: temp. 38,5°, tętno 110, w narządach klatki piersiowej nic szczególnego, brzuch wzdęty wykazuje opór dochodzący prawie do pępka, w którym gubi się trzon macicy. Przy badaniu zestawionem wydaje się, jakby wyżej wspomniany opór wypełniał prawie całą miednicę małą. Badanie przytem dawało wynik trudny do wyjaśnienia, gdyż konsystencja oporu odpowiadała nacieczeniu przymacicza, natomiast umiejscowienie nasuwało raczej myśl o zapaleniu omacicza; guz opisywany nie dochodził do kości talerza biodrowego, czego się zazwyczaj oczekuje w zapaleniu przymacicza w postaci występującej najczęściej, a mianowicie *parametritis lateralis*. Zastosowano lód, czopki, spokój, a ponieważ objawy otrzewnowe cofały się szybko, przystąpiono do stosowania obcego białka pod postacią *yatren-casein*. Opadanie krwinek według Biernackiego trwało 15 min.

Następne badanie zwracało uwagę na przesunięcie się guza ku przedniej ścianie brzucha: wystąpił mianowicie naciek w przedniem sklepieniu w postaci wałka grubości kciuka, imitującego jakby anteponowane przydatki. Opór rozlany utrzymywał się nadal, dotycząc głównie lewej połowy miednicy, sięgając ku górze aż pod pępek.

Przy badaniu zestawionem robiło to wrażenie guza wielkości głowy dziecka, wychodzącego z przydatków lewych (można go było oddzielić od kości miednicy). Złudzenie potęgowała obecność zgrubienia przydatków prawych.

Gonoreakcja ze krwi wypadła ujemnie.

Leczenie obcem białkiem nie poprawiało sprawy. Chora gorączkowała uparcie do 39°, stan ogólny pogarszał się znacznie: chora biada, chudnie, zupełny brak łaknienia. W poszukiwaniu swoistego leczenia zastosowano szczepionkę gronkowcowo-paciorkowcową — bez wyniku. Podobny los spotkał zastosowaną szczepionkę z pałeczki okrężnicy. Chwycono się wreszcie naświetlań rentgenowskich, które zdawały się choć nieznacznie obniżać ciepłotę, jednocześnie wystąpiły silniejsze bóle, a z drugiej strony obraz kliniczny zaczął się wyraźnie przechylać ku obrazowi zapalenia przymacicza przedniego. Wobec tego postanowiono powrócić do stosowania szczepionki gronkowcowo-paciorkowcowej, pod postacią propidonu, pragnąc przyspieszyć ropienie (sprawa trwała już około 2 miesięcy z wysoką skaczącą ciepłotą, co nie pozwalało liczyć na zbliznowacenie nacieku).

Pod wpływem tego leczenia i ciepłych okładów przyszło wreszcie do zropienia: na skórze brzucha poniżej pępka ukazało się zaczerwienienie i rozmiękczenie charakterystyczne dla przerywania się ropy nazewnątrz.

Szerokie otwarcie ropnia spowodowało spadek ciepłoty i szybkie wyleczenie, wraz z gwałtowną poprawą stanu ogólnego. W dniu wyjścia ze szpitala z wielkich nacieków pozostało tylko jedno grubości palca, przebiegające w przedniem przymaciczu.

Badanie bakterjologiczne ropy z naciętego ropnia wykazało florę beztlenową (bez bliższego określenia).

W ciągu całej choroby chora skarżyła się na bóle przy oddawaniu moczu. Badanie tegoż nie wykazywało jednak charakterystycznych dla zapalenia pęcherza zmian. Stwierdzono obecność białka, ale w osadzie nie było nadmiaru leukocytów. Wkrótce znikło białko z moczu, dolegliwości jednak utrzymywały się nadal.

Reasumując: mieliśmy do czynienia w naszym przypadku z t. zw. *plastron abdominale*, czyli zapaleniem przymacicza przedniego od *excavatio vesico-vaginalis* aż do wysokości pępka w przedniej ścianie brzucha; zapalenie to skończyło się zropieniem całkowitem nacieku; wywołane było przez zarazek beztlenowy.

Już samo umiejscowienie w przymaciczu przedniem sprawy zapalnej jest wielką rzadkością: Martin (cyt. przez Freunda u Veit'a) podaje, że na 103 przypadki *parametritis* obserwowano zaledwie 1 przypadek *parametritis anterior;* zropienie nacieku w przymaciczu przedniem jest odpowiednio jeszcze większą rzadkością, a największą jest przebicie się ropnia przez skórę przedniej ściany brzucha wysoko, w okolicy pępka (stosunkowo częstsze jest przebicie się ropnia przedniego przymacicza do pęcherza).

Przyczyny zropienia nacieku w przymaciczu w naszym przypadku nie są wyjaśnione: prawdopodobnie wywołała go zjadliwość zarazka (beztlenowiec), z drugiej strony słabe siły obronne chorej. Możliwe jest jednak, że zropienie z przebiciem przez powłoki stoi między innemi w związku z naświetleniem promieniami Roentgena. Wiadomo bowiem, że jakkolwiek promienie te z jednej strony w małych dawkach działają znakomicie leczniczo w przypadkach wysiękowego zapalenia przymacicza (doświadczenie Kliniki Ginekologiczno-Położniczej U. W.), to z drugiej strony sprzyjają one zropieniu nieresorbujących się nacieków.

Jeśli chodzi o brak objawów zapalnych ze strony pęcherza w rozbiorze moczu, to nie powinno nas to dziwić: mniejwięcej w połowie przypadków *parametritis anterior* nie stwierdza się zmian w moczu; dolegliwości pęcherzowe występujące wówczas są prawdopodobnie związane z zajęciem otoczenia pęcherza *(pericystitis)*.

Zwrócić wreszcie należy uwagę na trudności rozpoznawcze w naszym przypadku: sprawa chorobowa w przedniem przymaciczu długi czas imitowała guz, wychodzący z narządów wewnątrzotrzewnowych, miednicy małej, głównie po stronie lewej; dopiero konsolidacja nacieku oraz możność nieco dokładniejszego zbadania bocznych odcinków miednicy po przeminięciu owych objawów pozwoliło na wyjaśnienie sprawy.

Dwa następne przypadki dotyczą przejścia zapalenia przymacicza bocznego na okolice nerek z wytworzeniem t. zw. *paranephritis.*

Przypadek II. Marja M., l. 39, przybyła do szpitala z dwumiesięczną ciążą, gorączką, dreszczami i krwawemi obfitemi, cuchnącemi odchodami.

Przyznała się do prób wywołania poronienia. Szyja była zamknięta; badanie ogólne nie wykazywało innego źródła gorączki, postanowiono zatem spowodować opróżnienie macicy, podając na początek chininę w małych dawkach.

W ciągu pierwszej doby wystąpił tak silny krwotok, że pomimo przeciwwskazania w postaci bolesnego oporu w miejscu przydatków lewych, czy przymacicza po tejże stronie, trzeba było opróżnić operacyjnie jamę macicy. Dokonano tego *in situ* i natychmiast po zabiegu zastosowano lód. Pomimo to jednak bolesność i opór szybko powiększały się, gorączka dochodziła do 40,8° z dreszczami, stanem podżółtaczkowym, bezsennością. Zastoso-

wano leczenie przeciwko zakażeniu: riwanol dożylnie po 50 cm³ rozczynu 1:1000, *calcium gluconatum*, środki nasercowe. Posiew ze krwi wypadł jałowo. Wśród takiego przebiegu wystąpiła bolesność w lędźwiach po stronie lewej, oraz na skórze tej okolicy wystąpiła duża żółtawa plama z obrzękiem i bolesnością. Jednocześnie badaniem ginekologicznem stwierdzono typowy rozległy naciek w przymaciczu bocznem lewem, dochodzący do wielkości główy noworodka; w nacieku tem chełbotania nie stwierdzono. Natomiast pod wspomnianą wyżej obrzękłą plamą w okolicy lędźwi wyczuto głębokie chełbotanie, punkcja wykazała ropę, a szerokiem poprzecznem nacięciem nad brzegiem talerza biodrowego wypuszczono znaczną ilość gęstej cuchnącej ropy.

Badanie w czasie zabiegu wykonane przez pochwę z jednoczesnem wprowadzeniem zgłębnika do rany operacyjnej wykazało, że dochodzi on wdół aż do wysokości więzadła Pouparta, nieco ku zewnątrz i ku przodowi; końca zgłębnika przez pochwę wyczuć nie można spowodu nacieku w przymaciczu bocznem wypuklającego boczne i częściowo tylne sklepienie. Po dłuższem leczeniu ciepłota spadła, stan ogólny poprawił się znacznie, chora wypisała się ze szpitala.

Reasumując: mieliśmy w opisywanym przypadku do czynienia z ropniem okołonerkowym, występującym jako powikłanie septycznego zapalenia przymacicza bocznego po tej samej stronie. Jak wspomniano na wstępie, spośród wszystkich postaci zapaleń przymacicza właśnie zajęcie przymacicza bocznego ma szczególną skłonność do zapaleń okołonercza; zakażenie to idzie prawdopodobnie wzdłuż moczowodu i więzadła lejkowo-miednicowego.

Przypadek III. w zasadzie przypomina poprzednio opisany. Zofja B. przeszła w szpitalu ciężkie zakażenie po krwotoku z łożyska przodującego. Ciężarną rozwiązano w VIII. m. ks. ciąży zapomocą balonu z ręcznem wydobyciem płodu; płód wagi 1650 g zmarł po kilku godzinach. Na czwarty dzień wystąpiły objawy zakażenia w postaci dreszczy, ciepłoty dochodzącej do 41⁰, wysokiego tętna, bezsenności. Na 13 dzień po porodzie przelano 275 cm³ krwi w bezpośredniej transfuzji. Stan ogólny poprawił się znacznie pomimo niezmienionej ciepłoty i tętna. Poprawił się sen i chora wzmocniła się ogólnie. W poszukiwaniu innych dróg leczenia wstrzykiwano alkohol dożylnie oraz założono ropień terpentynowy po raz pierwszy jeszcze przed transfuzją, ale bez powodzenia; dopiero po transfuzji nowa injekcja terpentyny spowodowała zebranie się ropy.

Po przecięciu terpentynowego ropnia nadal brak poprawy; jedynie zauważone po transfuzji ogólne wzmocnienie sił obronnych organizmu budzi pewną nadzieję. Anemję starano się zwalczać podawaniem hemostylu Roussel'a.

W dalszym przebiegu wystąpiło jeszcze odoskrzelowe zapalenie płuc, aż wreszcie w 6 tygodni po porodzie ciepłota zaczęła się obniżać, zatrzymując się na poziomie około 38⁰. Około 65 dnia choroby temperatura zaczęła jednak znowu podnosić się i stan ogólny się pogorszył, wobec tego 65 dnia wykonano drugą transfuzję, przelewając bezpośrednio 300 cm³ krwi. Jednocześnie chora zaczęła się skarżyć na silne bóle w prawym boku od tyłu w lędźwiach i w okolicy tej wystąpiło obrzmienie z zaczerwienieniem. Nakłucie wykonano na 79 dzień choroby; wykryto ropę i nacięto natychmiast miejsce obrzmiałe. Cięcie poprowadzono równolegle do grzebienia kości biodrowej od tyłu na przestrzeni około 10 cm. Na ropę natrafiono w głębi. (Operował dr. E. Witkowski). Wprowadzonym do jamy ropnia palcem stwierdzono, że znajduje się ona na wewnętrznej powierzchni talerza biodrowego, ku dołowi zaś schodzi mniejwięcej do wysokości połowy tego talerza. Badanie *per vaginam* wykazało wówczas wysoko w przymaciczu opór dochodzący do kości.

Przecięcie ropnia było punktem zwrotnym w chorobie. Od tej chwili datuje się stała poprawa zdrowia tak, że chora mogła opuścić szpital w stanie zupełnie dobrym.

W przypadku zatem ostatnio cytowanym mieliśmy do czynienia z ropniem górnej części przymacicza bocznego, otwierającym się jednak nie ku przodowi ponad połową więzadła Pouparta, jak to zazwyczaj ma miejsce przy ropnem bocznem zapaleniu przymacicza, ale ku tyłowi, raczej w okolicy dolnego bieguna nerki.

Umiejscowienie ropnia w tym przypadku było niejako pośrednie pomiędzy typowym ropniem okołonercza, a ropniem bocznego przymacicza. Zwraca w tym przypadku uwagę wysokie umiejscowienie nacieku w przymaciczu, odpowiadające *parametritis superior*. Postać ta anatomicznie, jak wspomniano na wstępie, najbardziej sprzyja zajęciu dolnej okolicy okołonercza. Ujmując ogólnie przebieg ostatnio opisywanego przypadku, rozpoznaćby w nim należało: *sepsis puerperalis sub forma pyaemiae; parametritis super. et paranephritis abscedens.*

Na zakończenie zaznaczyć należy, że w obydwu ostatnio wspomnianych przypadkach ropnie, jakkolwiek otwierały się w okolicy dolnego bieguna nerki, to jednak schodziły nisko na talerz biodrowy, łącząc się przytem bezpośrednio z zapaleniem przymacicza odpowiedniej strony.

W piśmiennictwie ropnie okołonercza związane ze schorzeniem ginekologicznem nie są częste.

Za ostatnie dwanaście lat udało mi się znaleźć zaledwie 3 przypadki: Ottow w 1929 r. opisał przypadek zajęcia przymacicza przedniego i okołonercza z zejściem śmiertelnem. Henkel w 1930 r. opisał ropień okołonercza, który przerwał się do macicy. Max Bauman omawiając ogólnie w r. 1923 sprawę ropni okołonerkowych, wspomina o związku przyczynowym tych ropni z zapaleniem przymacicza.

W Warszawskiem Tow. Ginekologicznem nie ogłoszono ani jednego przypadku tego rodzaju.

Jak z powyższego widać, istnieje pewna niewspółmierność pomiędzy teoretycznem ujęciem związku zapaleń okołonercza z zapaleniem przymacicza bocznego górnego, a tak niezwykłą rzadkością występowania obu tych powikłań jednocześnie. Mimowoli zatem nasuwa się przypuszczenie, że może to być skutkiem jakiegoś niewykrytego szczegółu anatomicznego, może jakiegoś pasma zbitej tkanki łącznej, oddzielającego przymacicze od okołonercza. Zwraca na to uwagę i w naszych przypadkach rozmaitość reakcji obydwu wchodzących w grę okolic anatomicznych: zropienie okołonercza nie powoduje zropienia przymacicza bocznego, zwłaszcza dolnego. Brak zropienia w obrębie przymacicza bocznego dolnego nie pozwala na przeprowadzenie nacięcia od dołu przez sklepienie, co znakomicie ułatwiłoby opróżnienie ropnia. Niestety, w obydwu naszych przypadkach naciek wyczuwany przez pochwę nie miał najmniejszej tendencji do zropienia. Wyjaśnienia tego ostatniego spostrzeżenia szukaćby można w rozdzielającym wpływie więzadła zawiasowego *(lig. cardinale)*, oddzielającego przymacicze dolne od górnego.

Natomiast wyjaśnienie, dlaczego z przymacicza górnego tak rzadko posuwa się sprawa do *paranephrium*, nie jest w granicach naszych obecnych wiadomości anatomicznych możliwe.

Piśmiennictwo:

1) Veit: Ginekologja — wyd. z 1910 r. T. V. Z. II. opracow. przez R. Freunda. — 2) Halban u. Seitz: Biol. u. Pathol. d. Weibes. T. VIII, Z. I, opracow. przez Sigwarta. — 3) Halban u. Seitz: Biol. u. Path. d. Weibes. T. V.. Z. I., dział oprac. przez Ed. Martina. — 4) Veit-Stoeckel: T. VIII. Z. 1. Str. 466—717, dział oprac. przez R. Freunda. — 5) Ottow B.: Zbl. Gynäk. 1929. Str. 2843. — 6) Bauman M.: Bruns. Beitr. Z. Klin. Chir. T. 129, Z. 2, str. 337 (wlg. Ber. Gyn. T. 2. Str. 219). — 7) Henkel M.: Zbl. Gynäk. 1930. Str. 3206. — 8) Hofbauer J.: Bull. J. Hopkins Hosp. T. 38. Nr. 4, Str. 255, 1926 (wlg. Ber. Gyn. T. 10. Str. 568).

Dr. Bernard ENGLAENDER. Kraków.

Cięcie cesarskie, czy wysokie kleszcze?

Położnictwo ostatnich czasów szybkim krokiem zbliża się do wielkiej chirurgji. Gdy jeszcze przed 36 laty wykonywano cięcie cesarskie ze wskazania bezwzględnego u kobiet z miednicami ścieśnionemi 3 i 4 stopnia, przy sprzężnej prostej wchodu poniżej 7 cm, to z biegiem czasu wskazania stopniowo rozszerzano, stopniowo objęły one łożysko przodujące, rzucawkę i inne zatrucia ciążowe, potem przedwczesne odklejanie się łożyska prawidłowo usadowionego, a w ostatnich latach pojawiają się tak w piśmiennictwie światowem, jak i naszem (Wiczyński) publikacje, w których autorowie kruszą kopje za rozszerzeniem wskazania do cięcia cesarskiego na miednice ścieśnione 1 i 2 stopnia, a nawet wykonują je u pierwiastek z miednicami ścieśnionemi 1 i 2 stopnia.

Jakież są wyniki innych dotychczas używanych sposobów rozwiązywania rodzących z miednicami ścieśnionemi 1 i 2 stopnia? Weźmy pod uwagę np. rozwiązywanie zapomocą kleszczy wysokich.

Przeglądając w tym kierunku zapiski mej długoletniej praktyki położniczej po koniec roku 1934, stwierdzam, że rozwiązałem zapomocą wysokich kleszczy 381 rodzących. Posługiwałem się zawsze i jedynie kleszczami Breussa. E. Martin *jun.* np. operował kleszczami Tarniera i podaje wyniki dobre. Każdy położnik używa narzędzia, do którego się przyzwyczaił i z którem się zżył i lepiej niem włada, aniżeli narzędziem innego typu, jednakże wyniki operacyjne zależą raczej od umiejętności władania narzędziem, aniżeli od samego narzędzia. W każdym razie dla ścisłości naukowej ważnem jest, jakiego narzędzia się używa.

Otóż z tych 381 rodzących było:

pierwiastek z miednicą ścieśnioną 1 stopnia 266,
pierwiastek z miednicą ścieśnioną 2 stopnia 99, zaś
wieloródek z miednicą ścieśnioną 1 stopnia 5,
wieloródek z miednicą ścieśnioną 2 stopnia 11.

U wszystkich tych rodzących było położenie płodu czaszkowe, i to przeważnie położenie 1 lub 2, rzadziej główka płodu zwrócona była potylicą ku tyłowi na lewo, lub prawo (położenie Buscha 3.4) częściej u pierwiastek, niż u wieloródek. Główki płodu były u pierwiastek zawsze ustalone małym odcinkiem we wchodzie miednicy, u wieloródek zaś główka nieraz przylegała tylko do wchodu, jednakże kobiety te przebyły już jeden, lub więcej porodów w położeniu czaszkowem siłami natury, toteż u tych rodzących, gdy zaszła konieczność rozwiązania, zakładałem kleszcze wysokie, będąc zgóry przekonanym, że zabieg pomyślnie przejdzie dla matki i dla płodu. Operowałem zawsze przy ujściu zewnętrznem zupełnie rozwartem lub też prawie rozwartem, a w tym wypadku przed założeniem kleszczy starałem się ujście to palcami rozszerzyć i o ile możności usunąć brzegi poza główkę.

Obok ścieśnienia miednicy wskazaniem do ukończenia porodu zapomocą kleszczy wysokich było dość często długie trwanie porodu (2, 3 i więcej dni), osłabienie, nieregularność tętna płodu, lub zupełny brak jego, wody brudno-zielone, objawy ucisku porodowego, wyrażające się podniesioną ciepłotą ciała, a prócz tego jeszcze nierzadko wskazania inne, jużto ze strony płodu, już też ze strony rodzącej.

Ze strony płodu wskazaniem tem było: Trzy razy nieprawidłowe wstawienie się główki do wchodu, a z tego dwa razy położenie twarzowe; raz u pierwiastki z miednicą ścieśnioną 1 stopnia, raz u wieloródki z miednicą ścieśnioną 2 stopnia. Raz położenie czołowe u pierwiastki z miednicą ścieśnioną 1 stopnia. Dwa razy ciąża bliźniacza u pierwiastek z miednicą ścieśnioną 1 stopnia. Raz wypadnięcie pępowiny tętniącej u wieloródki z miednicą ścieśnioną 1 stopnia. Raz puchlina owodni *(hydramnion)* u pierwiastki z miednicą ścieśnioną 1 stopnia.

Ze strony zaś matki: Raz rzucawka u pierwiastki z miednicą ścieśnioną 2 stopnia. Raz mięśniaki (2 wielkości małego jabłka w trzonie macicy) u pierwiastki z miednicą ścieśnioną 1 stopnia. Raz guz wątroby z żółtaczką u pierwiastki ze ścieśnieniem miednicy 2 stopnia. Raz wada serca *(insuf. mitr. incomp.)* u pierwiastki z miednicą ścieśnioną 2 stopnia.

Żadnej matki nie straciłem. Wszystkie przebyły zabieg dobrze, bez krwotoków i bez głębszych obrażeń. Nigdy nie było znacznych rozdarć szyjki macicznej, ani też rozdarcia tylnego sklepienia, kiszki stolcowej, pęcherza moczowego, cewki moczowej, lub łechtaczki. Również nigdy nie było pęknięcia krocza 3 stopnia.

Operowałem zawsze w domu rodzącej bez uśpienia i bez innych sposobów znieczulenia, a gdy po 3 lub 4 pociągnięciach główka się nie obniżyła, wtedy od zabiegu odstępowałem i albo pozostawiłem poród, jeśli było to jeszcze możliwe, siłom natury, albo, gdy konieczność tego wymagała, rozwiązywałem rodzącą innym sposobem. Tutaj omawiam jedynie moje spostrzeżenia po zastosowaniu kleszczy wysokich Breussa.

Materjał mojej praktyki, to kobiety przeważnie ze sfery drobnomieszczańskiej, średnio-zamożne, żony urzędników, drobnych kupców, sklepikarzy, rzadziej osoby ze sfery rzemieślniczej, robotniczej.

Połogi były prawidłowe, rzadko z nieznacznie podniesioną ciepłotą ciała przez jeden, lub dwa dni, a po 10 do 20 dniach, położnice opuszczały łóżko, by wrócić do swych zwykłych zajęć. Pacjentki te później niejednokrotnie rodziły siłami natury, a wiele z nich dziś jeszcze żyje zdrowe.

Inaczej było z płodami. Wszystkie płody z wyjątkiem 6 urodziły się żywe, głośno krzyczały, były donoszone i chociaż miały na główkach znamiona kleszczy, jak otarcia naskórka, lub wgniecenia skóry, to jednak nie były to obrażenia poważne, któreby zdrowiu lub życiu zagrażały. Wśród tych żywo urodzonych płodów spostrzegałem trzy płody wydobyte kleszczami wysokiemi u pierwiastek z miednicą ścieśnioną 2 stopnia, u których na główce, i to na kości ciemieniowej lewej, zauważyłem dość głębokie wgłębienie kości, powstałe skutkiem długiego trwania porodu i opierania się główki o wystający wzgórek kości krzyżowej. Poród też tych dzieci był charakterystyczny. Ściągnięcie główki kleszczami nie było trudne, ale po pierwszem pociągnięciu uczułem jakby nagłe wpadnięcie główki w próżnię, a przytem słyszalny był głośny szelest, jakby coś wewnątrz pękło. Po sprowadzeniu główki do próżni, ponieważ bóle porodowe jeszcze były, pozostawiłem poród siłom natury, co się w tych trzech przypadkach udało. Tak postępowałem zawsze z zasady, że po ominięciu przeszkody kleszczami, poród zostawiałem siłom natury (może temu przypisać należy, że tak mało płodów straciłem). Wgniecenia te spostrzegałem długie miesiące, gdyż los tych noworodków mnie interesował; wgniecenie kości coraz więcej się wyrównywało, jednakże jeszcze po roku można było na główkach tych widzieć nieznaczne spłaszczenie kości w miejscu dawnego wgniecenia. Dzieci te rozwinęły się potem zupełnie dobrze fizycznie i umysłowo.

Z ogólnej liczby 381 straciłem 6 płodów i to wszystkie u pierwiastek.

Trzy płody straciłem u pierwiastek z miednicą ścieśnioną 1 stopnia. Przyczyną śmierci płodów było tu: raz dwukrotne owinięcie pępowiny około szyjki płodu, dwa razy brak tętna płodu przed zabiegiem, trzy płody straciłem u pierwiastek z miednicą ścieśnioną 2 stopnia.

Płody te zginęły: raz spowodu zamartwicy 2 stopnia, dwa razy spowodu owinięcia pępowiny około szyjki płodu.

W każdym razie śmierci tych 6 płodów nie możemy uzależnić od kleszczy, nie było bowiem na główce ich żadnych wgnieceń, ani złamań kości, owinięcie pępowiny, lub brak tętna jeszcze przed operacją dostatecznie tłumaczą zejście śmiertelne.

Mimo to gdyby przyjąć, że śmierć tych płodów jest następstwem kleszczy, to wyraziwszy to w procentach, otrzymamy zaledwie 1.57% śmiertelności. Można więc i ten wynik co do płodów uznać za dobry.

W piśmiennictwie światowem i naszem podają autorowie dość rozległe granice śmiertelności matek i płodów po kleszczach wysokich. Śmiertelność matek waha się w granicach między 0.27—11.1% (Will, Winter i inni), a więc śmiertelność przeciętna wynosiłaby mniejwięcej około 5.5%. Śmiertelność zaś płodów dochodzi nieraz do znacznej wysokości 56% (Wyder); jednakże statystyki zestawione z dużego materjału wykazują u jednych autorów 0.26% śmiertelności (Dreger), 19.68% (Will), a u innych między 6.9% a 27.7%. Bokelmann na 365 kleszczy wysokich nie stracił ani jednego płodu.

Porównując więc dane z piśmiennictwa z mojemi wynikami, należy stwierdzić, że są one dobre, jednakże nielepsze od wyników innych autorów; szczególnie dotyczy to płodów. Wszak Bokelmann, jak wyżej podniosłem, nie miał ani jednego przypadku śmierci płodu na 365 operacyj kleszczy wysokich.

Takby się przedstawiała sprawa kleszczy wysokich.

A teraz przejdźmy do cięcia cesarskiego.

Operacja ta, sama przez się, jest zabiegiem poważnym; wykonana nawet w warunkach jaknajidealniejszych, aseptycznych, nastręcza nieraz techniczne trudności, np. przy cięciu cesarskiem w dolnym odcinku macicy bywa nieraz oddzielenie pęcherza moczowego od macicy dość trudne, a nawet połączone z krwotokiem, trudno dającem się zatamować. Jeśli się przytem operuje po pęknięciu pęcherza płodowego, to może łatwo dojść do zanieczyszczenia pola operacyjnego niezupełnie czystemi wodami płodowemi. Toteż często powstają po cięciu cesarskiem zmiany zapalne, następstwem których są mniej lub więcej rozległe zrosty między macicą, a otaczającemi ją jelitami, pęcherzem moczowym, kiszką stolcową. Dalej blizna maciczna po cięciu cesarskiem niezawsze jest w całej swej długości i głębokości jednostajna. Bywa, że w pewnem miejscu blizna jest cienka, w drugiem zaś miejscu wytworzy się w niej jamka wypełniona cieczą ropiastą, zawierającą resztki szwów. Że blizna taka w następnym porodzie może pęknąć, jest zrozumiałe. Ciecz ropiasta, zawierająca resztki szwów, może wywołać stan zapalny otrzewnej i zrosty następowe, które objawiają się bólami brzusznemi (jelitowemi, Korotkin), które sprawiają, że zdrowie chorych szwankuje i przez to zdolność do zwykłych zajęć i do pracy fizycznej się zmniejsza. Blizna po cięciu cesarskiem macicy i w powłokach brzusznych, już i tak skutkiem ciąży zwiotczałych, szczególnie u wieloródek, nie przysparza im zdrowia, wpływa ujemnie na działanie prawidłowe tłoczni brzusznej, a nadto czyni kobiety mniej odpornemi na wysiłki fizyczne. Cięcie cesarskie i następstwa jego są więc dla zdrowia pacjentek zabiegiem poważnym. Toteż powinno się zabieg ten wykonywać tylko wtedy, gdy innego sposobu dla ratowania płodu niema, a w każdym razie nie powinno się pod żadnym warunkiem dla ratowania życia płodu wykonywać zabiegu, który naraża matkę, t. j. takiego zabiegu, podczas którego nie można z całą pewnością uniknąć poważnych zranień matki (E. Martin *jun.*). Oerffy zaś dodaje, że cięcie cesarskie, wykonane nawet w najidealniejszych warunkach, naraża życie matki więcej, aniżeli każda inna laparotomja, a śmiertelność matek po niem jest tak wielka, iż nie może istnieć uprawnienie do rozszerzenia dotąd uznanych wskazań do cięcia cesarskiego. Sekunduje mu Boszkopf, wypowiadając się na podstawie 172 cięć cesarskich przy powikłaniach porodowych przeciw cięciu cesarskiemu spowodu miednic ścieśnionych 1 i 2 stopnia i wykazując, że jeszcze dziś śmiertelność matek po cięciu cesarskiem

jest większa, aniżeli po innych operacjach położniczych, przedewszystkiem po kleszczach i obrocie. Nizza zaś wypowiada zdanie, poparte obserwacją 572 porodów z miednicami ścieśnionemi o *c. v.* 8—9 cm, że skoro poród przy nieznacznie ścieśnionych drogach porodowych kostnych *(c. v.* 8—9 cm) następuje przeważnie siłami natury (co również stwierdza Dierks, podając 78.6% porodów siłami natury przez miednice nieznacznie ścieśnione), to autorowie stawiający wskazanie do cięcia cesarskiego przy sprzężnej prostej wchodu wynoszącej 8—9 cm, powinni zachować więcej ostrożności. Bo jakkolwiek możemy całkiem dokładnie wymierzyć miednicę, to jednakże nie mamy sposobu ocenienia natężenia bólów porodowych, ani też zmierzenia dokładnie wielkości główki płodu, a tem mniej ocenienia jej ściśliwości. Żywo mamy w pamięci poród pierwiastki na klinice naszej z czasów studenckich, która przeznaczona do cięcia cesarskiego urodziła siłami natury na stole operacyjnym. Płód był donoszony, ale szczupły (wagi sobie nie przypominam) i z główką silnie ściśliwą (kości czaszki zachodziły dość znacznie pod siebie).

Cięcie cesarskie, jak piśmiennictwo światowe stwierdza, grozi zarówno matkom, jak i płodom wieloma niebezpieczeństwami. Nietylko chorobowość *(morbiditas)* matek jest większa, połogi dłuższe, niż po rozwiązaniu dotychczas stosowanemi i uznanemi sposobami operacyjnemi położniczemi, ale i śmiertelność jest jeszcze znaczna. Waha się ona w granicach dość szerokich między 0.62—11.4%. Większość jednak autorów podaje tylko 4.5% (Ginglinger, Menge, E. Martin, Boschkopf, Sechy, Ward F.), inni mniej, jak Winter 1.5—2.4%, inni znów więcej (Szymanowicz 5.6%, Alfiero 8.8%, Oerffy 8.2%, Uhde Werner 11.4%). Średnio można więc przyjąć śmiertelność matek na 5.5—6%.

Śmiertelność płodów mniejwięcej waha się według zestawień autorów na znacznym materjale klinicznym w tych samych granicach, co śmiertelność matek, t. j. między 3.28—15% — (Szymanowicz, Ginglinger po 4%, Boschkopf 3.5%, Dierks 3.28%, Oerffy 8.1%, Winter 9%, Sechy 12.8%, Berecz 15%), średnio więc wypadłaby śmiertelność płodów po cięciu cesarskiem około 7%.

W najnowszych czasach rozszerzono wskazanie do cięcia cesarskiego także na pierwiastki z miednicą nieznacznie ścieśnioną 1 i 2 stopnia. Benthin, omawiając tę sprawę, wyraźnie występuje przeciw stosowaniu tej metody operacyjnej u pierwiastek z nieznacznem ścieśnieniem miednicy; żąda naprzód dowodu, że poród drogami naturalnemi jest niemożliwy i godzi się na cięcie cesarskie wyjątkowo, pod warunkiem, że spowodu znacznego niestosunku porodowego poród dziecka żywego drogami naturalnemi zgóry jest nieprawdopodobny. Znaczy to, że położnik powinien poród jaknajdłużej obserwować, pozostawić siłom natury sporo czasu, by mogły się z przeszkodą uporać, — szczególnie ważne to jest u pierwiastek — a wystąpić czynnie dopiero wtedy, gdy ważkie objawy, czyto ze strony rodzącej, czy też płodu zmuszają bezwarunkowo do natychmiastowego ukończenia porodu. Wskazałem powyżej, że pojawiły się w ostatnich latach publikacje w piśmiennictwie światowem, które wskazują na to, że większość kobiet z miednicami ścieśnionemi 1 i 2 stopnia rodzi siłami natury. Więc też i teraz, gdy konieczność rozwiązania takiej rodzącej zajdzie, bardzo się zastanowić wypadnie, czy odważyć się na cięcie cesarskie, czy też rozwiązać rodzącą jednym z dotąd stosowanych i uznanych sposobów operacyjnych. Z tego, co wyżej powiedziałem i o czem nas spore i na wielkim materjale klinicznym oparte piśmiennictwo poucza, wynika, że położnik raczej wybierze metodę stanowiącą mniejsze niebezpieczeństwo dla matki, a gdy płód znajduje się w położeniu główkowem ustalonem we wchodzie, założy kleszcze wysokie, zanim narazi matkę na cięcie cesarskie, niedające w każdym razie lepszych wyników, niż tamte sposoby.

Cięcie cesarskie ma jeszcze jedną złą stronę. Gdy się je wykona u pierwiastki z miednicą nieznacznie ścieśnioną, to chodzi ona niejako z piętnem tego cięcia, wie, że nie mogła urodzić drogą naturalną, jak wiele innych zdrowych kobiet, a następstwem tego będzie, że w przyszłości albo unikać będzie ciąży, albo zastąpiwszy przypadkiem, starać się będzie wszelkiemi sposobami ciąży się pozbyć, by się nie narażać na ponowne cięcie cesarskie i możliwą chorobę. Czy taki cel przyświeca autorom, propagującym cięcie cesarskie? Chyba nie; chodzi im przecież głównie o ratowanie życia płodu, którego i tak w dość dużym procencie uratować nie było można, jak światowa statystyka aż nadto wyraźnie to udowodniła. A jeśli ciężarna mimo wszelkich starań naczasie rodzić będzie, to z pewnością poddana będzie ponownemu cięciu cesarskiemu, gdyż żaden położnik, wiedząc o tem, że pierwszy poród odbył się przez cięcie cesarskie, nie będzie ryzykować pęknięcia blizny macicznej wśród porodu, nie mając nadto pewności, czy zostawiwszy mimo wszystko poród siłom natury, uzyska płód żywy.

Alfieri omawia na podstawie 116 wykonanych cięć cesarskich niebezpieczeństwa połączone z tą operacją dla następnych ciąż i płodności kobiet, a Berecz wprost potępia stanowisko Hirscha, propagatora cięcia cesarskiego z jaknajszerszych wskazań, odrzuca je zaś spowodu znacznej śmiertelności matek, tworzenia się blizn i skłonności do pęknięcia macicy.

Przytem pamiętać powinniśmy, że materjał kliniczno-szpitalny, na którym wypadłoby wykonać cięcie cesarskie, to rodzące pochodzące z najniższych sfer, pracujące nieraz ciężko fizycznie, których jedynem utrzymaniem jest ta praca fizyczna. Musimy więc starać się o to, by te kobiety jaknajprędzej po porodzie postawić na nogi, by mogły zdrowe wrócić do swych zwykłych zajęć, a zdrowieją one szybciej, jak nas doświadczenie poucza, raczej po zwykłych powszechnie stosowanych zabiegach położniczych, aniżeli po cięciu cesarskiem.

Niemałego znaczenia są koszty leczenia po cięciu cesarskiem. Tak sama operacja, jak i połóg dłużej trwający, niż nawet po porodzie, ukończonym zwykłemi dotąd stosowanemi operacjami położniczemi, wymaga znacznych wydatków pieniężnych. Z tem się musimy liczyć wobec szczupłych środków, któremi klinika lub szpital dysponuje; a liczba cięć cesarskich przecież będzie z dnia na dzień większa, jeśli się przyjmie zasadę, że należy je wykonywać u rodzących z miednicami ścieśnionemi 1 lub 2 stopnia.

Po tem, cośmy dotąd przytoczyli z piśmiennictwa i opierając się na własnem doświadczeniu, dochodzimy do wniosku, że nie istnieje właściwie potrzeba rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego u rodzących z miednicami ścieśnionemi 1 i 2 stopnia, że położnik u takich rodzących powinien w razie wystąpienia wskazania do natychmiastowego ukończenia porodu, skłonić się raczej do wykonania zabiegu położniczego dotąd uznanego i powszechnie stosowanego, a mniej niebezpiecznego, że w położeniu czaszkowem we wchodzie miednicy należy wykonać bez wahania kleszcze wysokie.

Będzie to korzystne zarówno dla matki, jak i płodu, a przytem będzie celowe, bo zabiegi te najmniej narażają matkę i szybciej pozwalają jej wrócić do zwykłych zajęć domowych, a także i do ciężkiej pracy fizycznej. Tak postępując, spełni położnik zarazem obowiązek społeczny niezmiernej wagi i pozostanie wierny podstawowej zasadzie położnictwa *„nil nocere"*.

Piśmiennictwo:

Wiczyński T.: Pol. Gaz. Lek. 1935. Nr. 4, 5. — Szymanowicz: Gin. Pol. 1932. — E. Martin: Halban u. Seitz: Bd. 7. II. Teil. — Winter: Halban u. Seitz Bd. 8. II. Teil, Veit i Stoeckel B. 3, i Berichte ü. d. g. Geb. u. Gyn. 1933. — Menge: Halban u. Seitz B. 7. II Teil. — Alfiero: Berichte ü. d. g. Geb. u. Gyn. 1933. — Oerffy: Berichte ü. d. g. Geb. u. Gyn. 1933. — Berecz: Berichte ü. d. g. Geb. u. Gyn. 1933. — Sechy Ward F.: Berichte ü. d. g. Geb. u. Gyn. 1933. — Uhde Werner: Berichte ü. d. g. Geb. u. Gyn. 1933. — Draeger: Halban u. Seitz. B. 8. II. Teil. — Bockelmann: Halban u. Seitz. B. 8. II. Teil. — Wyder: Halban u. Seitz. B. 8. II. Teil. — Will: Berichte ü. d. g. Geeb. u. Gyn. 1933. — Ginglinger: Gyn. et obstet. Tom 30, 1934. — Benthin: Halban u. Seitz. B. 8. II. Teil. — Boszkopf: Berichte ü. d. g. Geb. u. Gyn. 1934. — Dierks: Berichte ü. d. g. Geb. u. Gyn. 1934.

Dr. Bolesław LECEWICZ. Dyr. Szpitala. Nowy Targ.

Przeciągające się poronienie (missed abortion) powikłane zapaleniem otrzewnej.

Przypadki zalegania w macicy obumarłego płodu w ciągu tygodni lub miesięcy wprawdzie przez większość autorów, jak Oldhama, Olshausena, Veita, Seitza, Küstnera, Bumma, Zweifla, v. Jaschke-Pankowa, Bäckera, Hartza i in. nazywane są *„missed labour"*, ja jednak używam nazwy mniejszości autorów *„missed abortion"* dla przypadku tutaj przedstawionego. Przypadek ten dotyczy kobiety 30-letniej, która żadnych poważniejszych chorób nie przechodziła, nie roniła, kilka razy rodziła prawidłowo, a która przed około 14 miesiącami zastąpiła. Po około 5 miesiącach, po ciężkiej pracy odeszły wody płodowe oraz wystąpiły bóle macicy i w krzyżach, które po 5 dniach ustąpiły. Stan ogólny chorej stopniowo pogarszał się: wystąpił brak apetytu, stany podgorączkowe i ogólne osłabienie. Chora przestała czuć ruchy płodu i mimo przeciągania się ciąży nie zauważyła powiększania się macicy. Plamienia cieczą brunatną i słabe bóle o powyżej opisanym charakterze zjawiały się co 4 tygodnie i trwały około dwu dni. W osiem miesięcy po odejściu wód płodowych wystąpiły bóle w dole brzucha, szcze-

gólnie po obu stronach macicy, nudności, wymioty, zaparcie stolca, później biegunka, bóle przy oddawaniu moczu, przyczem chora zaczęła wysoko gorączkować i po trzech tygodniach została przewieziona do szpitala.

Przy badaniu stwierdziłem w dniu 30. VIII. 1932 u kobiety o skórze bladej, licho zbudowanej i wychudzonej, brzuch wzdęty o wypuku bębenkowym ponad górną połową, od pępka zaś przytłumionym, przechodzącym poniżej w stłumienie, gdzie obmacaniem wyczułem guz, odpowiadający kształtem i położeniem powiększonej macicy w piątym miesiącu ciąży. Przez cienkie powłoki brzuszne i cienką ścianę guza wyczułem ciała obce rozmaitej konsystencji i kształtu, a niektóre z nich twarde jak kość, prócz tego stwierdziłem objaw trzeszczenia. Po obu stronach macicy wyczułem opory dość miękkie, a bardzo bolesne przy dotyku. Badaniem *per vaginam* stwierdziłem, iż wyczuwany guz od zewnątrz odpowiadał powiększonej o opisanej powyżej zawartości macicy, której dolny odcinek wypuklał sklepienia, część pochwowa była częściowo utrzymana, a ujście nie przepuszczało końca palca. W przymaciczach wyczułem bolesne opory. W płucach, sercu i nerkach zmian wybitniejszych nie stwierdziłem. Ciepłota ciała wynosiła 39,5°, tętno 120, język był obłożony, na twarzy malował się obraz cierpienia.

W uśpieniu eterowem dokonałem otwarcia jamy brzusznej, przyczem stwierdziłem, iż wymacywany guz był sino zabarwioną powiększoną macicą, pokrytą otrzewną z nalotami włóknikowemi. Obok macicy były ropnie, a w nich resztki obumarłych przydatków, przyczem tuż przy macicy w ścianie trąbki lewej był otwór, w którym sterczały drobne kości płodu. Po oczyszczeniu z ropy i włóknika przyległych pętel jelit i oddzieleniu zapomocą serwetek górnej części jamy brzusznej od dolnej zanieczyszczonej, wyciąłem po podwiązaniu resztki przydatków i usunąłem strzępy obumarłej tkanki łącznej i ropę. Następnie po przecięciu ściany wyjąłem z jamy macicy obumarły i zniekształcony płód około sześciomiesięczny, którego części miękkie bądź zachowały swą budowę, bądź uległy rozrzedzeniu i przedstawiały się jako gęsta maź brunatna, przyczem drobniejsze kości oddzieliły się i opadły na dno macicy, kości zaś czaszki poprzesuwane tkwiły w zmienionej skórze, jakby w worku. Martwiczo zmieniona była również wewnętrzna powierzchnia macicy tak, że ściana macicy, złożona z cienkiej warstewki, prawdopodobnie zwyrodniałych mięśni i zgrubiałej otrzewnej, przedstawiała się co do grubości i konsystencji, jak pergamin. Po gruntownem oczyszczeniu jamy macicy brzegi rany częściowo zespoliłem szwami, pozostawiając sączek z gazy i gumowy. Prócz tego wyprowadziłem sączek gumowy z jamy macicy przez ujście i pochwę nazewnątrz. Do jamy brzusznej założyłem sączki z gazy wioformowej w okolicę przymacicza po obu stronach oraz sączek gumowy do dna małej miednicy. Przednią ścianę macicy przyszyłem do otrzewnej ściennej, a powłoki brzuszne zespoliłem pojedynczemi szwami jedwabnemi, pozostawiając otwory dla założonych poprzednio sączków. W ten sposób podzieliłem jamę brzuszną na część górną względnie czystą i część dolną zanieczyszczoną. Dalszy przebieg po operacji był dobry. Objawy podrażnienia otrzewnej szybko ustąpiły, funkcja przewodu pokarmowego polepszyła się, ciepłota ciała obniżyła się po operacji do 37.5°. Sączki usunąłem z jamy brzusznej po 10 dniach, sączek zaś gumowy z macicy wyjąłem po 3 tygodniach. Wydzielina ropna sączyła się z jamy brzusznej skąpo, z macicy dość obficie wyciekała wydzielina brunatna. Stan ogólny chorej stopniowo poprawiał się, po tygodniu chora przestała gorączkować, a w dniu 13. X. 1932 chora opuściła szpital z małą przetoką macicy nadłonową. W rok po operacji mąż pacjentki doniósł, iż przetoka ta nie zgoiła się całkowicie, stan chorej zaś znacznie poprawił się.

Z przyczyn, mogących wywołać obumarcie płodu, badanie serologiczne wykazało odczyn Wassermanna —, odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R.) +++, odczyn wyjaśnienia Meinickego (M. K. R.) ++, zaś zmian w tarczycy i zaburzeń jej czynności u chorej nie stwierdziłem. Płód mógł również obumrzeć w związku z powstałemi zmianami w krążeniu łożyskowem po odejściu wód płodowych wskutek nadmiernego wysiłku u osoby anemicznej, słabo odżywionej. Przyczyną wstrzymania się dalszej czynności porodowej po odejściu wód płodowych mogła być niewydolność słabych mięśni macicy spowodu braku dostatecznie silnego podrażnienia ośrodka Frankenhäusera przez dolny biegun jaja płodowego, który nie mógł się wytworzyć wskutek przedwczesnego odejścia wód płodowych. Ernst Fränkel jako przyczynę niewydalania obumarłego płodu podaje bądź bezwzględną niewydolność mięśni przy zwiększonej oporności ścian kanału wydalającego, bądź względną niewydolność w związku z chorobowem osłabieniem ich przy zapaleniu otrzewnej, zaniku laktacyjnym, w zmianach nowotworowych i t. d. Mezies, Miller, Playfair, Beigel, Labhardt podają jako przyczynę niewydolności mięśni raka szyjki, Sänger liczne włókniaki, Hertz włókniaki i łożysko przodujące, Rissmann przyrośnięte łożysko, Rissmann, Arthur, Kleinertz, Ernst Fränkel zwężenia i zarośnięcia ujścia macicy, Scharlieb kruchość mięśni, Leopold, Stanley, Warren, Ernst Fränkel stare otrzewnowe zrosty, Liebmann zapalenie opon mózgowych, Madge, Borham niedowłady i znieczulenia dolnej połowy ciała. W opisanym przypadku tego rodzaju zmian nie stwierdziłem.

Kelly, Krevert, Bäcker, Kok, Resnikow i inni autorowie przypuszczają, że i inne czynniki natury nieanatomicznej mogą być przyczyną nierozwijania się czynności porodowej. Według wielu autorów obumarcie i przenoszenie płodu płci męskiej zdarza się częściej. A. Mayer podaje, iż na 8 przypadków zalegania w macicy obumarłych płodów było 7 płci męskiej. Karl Ruge II podaje, iż na 26 płodów, wydanych na świat w więcej niż 300 dni, były 22 płody płci męskiej. Zangemeister i Bolaffio również stwierdzają częstsze przenoszenie płodów płci męskiej. Obumarły płód jako ciało obce pobudza macicę do skurczów, a podobną rolę spełniają również przekrwienia menstruacyjne, bowiem po obumarciu płodu odbywa się według Ernsta Fränkla we właściwych okresach owulacja i wytwarzanie się ciałek żółtych, co również miało miejsce w opisanym tutaj przypadku. W późniejszym okresie, gdy mięśnie macicy ulegną częściowo zwyrodnieniu, częściowo zaś obumarciu, nie są one w stanie wykonać choćby najmniejszej pracy. W opisanym tutaj przypadku, mimo iż otwór w trąbce był dość duży, zawartość macicy nie została wydalona do jamy brzusznej, w przypadku zaś opisanym przez Oldhama w r. 1847 stwierdzono podczas sekcji, iż kości płodu ułożone były w torbieli obok macicy, dokąd dostały się prawdopodobnie już po obumarciu ściany macicy. Opisane tutaj powikłanie w związku z zaleganiem w macicy martwego płodu przemawia za rychłem usuwaniem drogą pochwową obumarłych płodów, a za operacyjnem leczeniem przez otwarcie jamy brzusznej powikłanych przypadków zapaleniem otrzewnej. Rzadkość tych przypadków, bo nawet oddziały kliniczne rozporządzają skąpym tego rodzaju materjałem, typowy przebieg zalegania w ciągu 8 m. martwego sześciomiesięcznego płodu i powikłania oraz uwieńczone dobrym wynikiem, a dostosowane do ciężkiego ogólnego stanu odmienne chirurgiczne potraktowanie, usprawiedliwiają ogłoszenie pojedynczego przypadku *missed abortion* lub *labour*.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 13. 1935. Golczyński Z.: Nowurit jako środek moczopędny. — Miedzianowski A.: O wadach rozwojowych pochodzenia skrzelowego. — Widy F.: Z kazuistyki uszkodzeń pochwy sub coitu. — Dziembowski Z.: Maść witaminowa „tranoza“ w leczeniu ran i oparzeń.

Nowiny Lekarskie. Z. 14. 1935. Dega W.: Znaczenie postawy w wychowaniu fizycznem z punktu widzenia zdrowia. — Danielewski R.: Przypadek ostrego zaniku wątroby podczas leczenia malarją. — Witaszek Fr.: Katatermometrja czy temperatury efektywne. — Szmurło J.: O tężniach i powietrzu ciechocińskiem.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 29—30. 1935. Joz H.: Anozognozja ślepoty w przypadku wągrzycy układu nerwowego. — Baranowski L., Borysowicz J., Marzyński M., Ossendowski A., Paradowski J. i Witek St.: Metodyka leczenia schizofrenji insuliną. — Rose J.: Zachowanie się cukru we krwi w przebiegu leczenia schizofrenji insuliną. — Faluch E.: Higjena pracy w Niemczech.

Biologja Lekarska. Z. 6. 1935. Ziemecki S.: Ciężki wodór i ciężka woda. — Przeździecka A.: Badania doświadczalne nad metodyką oznaczania witaminy A. — Remlinger P.: Biologiczne metody wczesnego rozpoznawania ciąży.

Zdrowie Publiczne. Nr. 7. 1935. Nowotarski L.: Gospodarcze znaczenie zdrojowisk polskich. — Wiśniewski St.: Współczesne postulaty polskiej polityki uzdrowiskowej. — Kaden K.: Organizacja lecznictwa w zdrojowiskach i jej wpływ na państwowo-społeczne znaczenie zdrojowisk. — Jankowski A.: Uzdrowiska a samorząd terytorjalny i gospodarczy. — Zaczyński E.: Turystyka i zagadnienia komunikacyjne w uzdrowiskach. — Skórzewska M.: O rozwoju zielarstwa polskiego.

Młoda Matka. Nr. 15—16. 1935. Górnicki B.: O skłonności do biegunek. — Krециński K.: Jak uchronić dzieci od udaru słonecznego i cieplnego. — Lewenfiszowa T.: O stosowaniu diety jabłkowej w biegunkach letnich.

Ginekologja Polska. T. XIV. Z. VII—IX. 1935. Bocheński K.: Zakrzepy i zatory w położnictwie i ginekologii. — Beck H.: Wyniki operacji przyszycia własnym sposobem macicy do powłok brzucha. — Mączewski St.: Uwagi kliniczne o nabłoniaku kosmówkowym ze szczególnem uwzględnieniem leczenia. — Liebhart St.: Wpływ hormonu rujowego na poziom cukru we krwi. — Gerhardt L.: Kilka uwag o przebiciach macicy i ich leczeniu na podstawie materjału Oddziału Położn.-Gin. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie za okres ostatnich 5 lat. — Fijałkowski K.: Przetaczanie krwi w ginekologii i położnictwie. — Hartman J.: Doświadczenia z liczeniem bólów porodowych według Freya. — Gizowski T.: Doświadczenia kliniczne z sensibaminą. — Gizowski T.: Poród bliźniaków. — Meisels E.: Pelwimetrja radjologiczna. — Zawodziński T.: Materjały do badań mięśniaków macicy. Część II.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 33. 1935.

OCENY.

Schlagvolumen und Zeitvolumen des gesunden und kranken Menschen. (Objętość wyrzutowa i czasowa serca u ludzi zdrowych i chorych). ARTHUR GROLLMAN. Tłumaczone na niemieckie i rozszerzone przez pr. doc. Dr. H. Baumanna. Nakład Th. Steinkopffa. 1935. Drezno—Lipsk. Str. XVI. i 278. (Tom V. Ergebnisse der Kreislaufforschung).

Od lat znajdujemy liczne prace, dążące do ścisłego oznaczania objętości minutowej i wyrzutowej serca u ludzi zdrowych, jak i chorych, a zwłaszcza dotkniętych zaburzeniami w zakresie narządu krążenia. Ze sposobów podręcznego badania, jak liczenie tętna, oznaczanie ciśnienia krwi, badanie elektrokardjograficzne, żadne nie daje pojęcia o ilości krwi, którą serce jest zdolne dostarczyć krążeniu obwodowemu, a to chyba jest najważniejszym miernikiem sprawności narządu krążenia. Do spełnienia tego celu mogą służyć jedynie metody, które czyto bezpośrednio czyto pośrednio dążą do ustalenia tych wartości t. j. objętości wyrzutowej i minutowej serca. Uzasadnienie znaczenia ich dla badań klinicznych w kierunku oceny sprawności krążenia w badanym przypadku jest celem przytoczonej monografji. A. Grollman jest twórcą w książce omawianej metody, znanej pod nazwą acetylenowei, a zdaje się metody najdostępniejszej dla kliniki i dającej wyniki najbardziej pewne, co podnosi wartość samej książki, opracowanej przez autora postępowania. Po krytycznej ocenie innych metod, których wyniki G. uważa jako niemiarodajne, podaje on w książce szczegółową technikę swojej metody acetylenowej, która jest dziś uważana za najlepszą i przez innych badaczy, zajmujących się sprawą obliczania objętości minutowej serca. Bardzo szeroko omawia dalej autor znaczenie tych badań dla kliniki w schorzeniach narządu krążenia, podnosząc ich wartość dla rozpoznania, a zwłaszcza dla oceny funkcjonalnej przypadku. W osobnym ustępie znajdujemy zachowanie się objętości minutowej serca w toku podawania rozmaitych środków farmakologicznych i stosowania leczniczego czynników fizykalnych. Wyniki przytoczone w tym ustępie wskazują na to, że tem badaniem możemy uzyskać podstawy do oceny chwilowego stanu, ale także i prognozy w danym przypadku klinicznym.

Monografja zawiera dużo szczegółów, które będą ważne dla specjalistów-kardjologów, ale zaciekawią także i każdego internistę, zachęcając go do posłużenia się tą metodą i w życiu praktycznem. Do tego celu dąży właśnie Grollman, a przedstawiając jasno dość zawiły problemat, powinien znaleźć uznanie wśród szerokiego grona czytelników.

M. Franke (Lwów).

Methoden der konstitutionsbiologischen Diagnostik. (Sposoby konstytucyjnobiologicznej diagnostyki). TEOBALD FUERST. Kleine Hippokrates-Bücherei (Band II.) Hippokrates-Verlag GMBH. Stuttgart—Leipzig. 1935. Str. 40. (2 tablice).

Autor, miejski lekarz szkolny w Monachjum, ujmuje cały problem, który omawia, ze stanowiska swego zawodu. Chodzi mu o rozwój młodzieży, skierowanie jej rozwoju w kierunku wytworzenia najlepszego i najsilniejszego typu. Młodzież uważa za materjał, z którego można wiele zrobić, można jeszcze do pewnego stopnia zmienić typ na korzystniejszy.

Odróżnia trzy zasadnicze typy, *leptosoma* i *pyknosoma* oraz pośredni typ mięśniowy. Pierwszy także określany jako typ T., smukły, wąski, o długich kończynach, słabych mięśniach, przeważnie schizotymiczny, skłonny do gruźlicy, ze słabym układem naczyniowym, przewrażliwy wobec różnych bodźców, ze słabszą tkanką łączną i stąd skłonnością do ptozy narządów. Potrzebuje on pobudzenia przemiany materji, zwłaszcza podniesienia jej w stosunku do lipoidów, potrzebuje ćwiczeń i szkolenia. Drugi pikniczny, także jako typ B. określany, przysadkowaty, silny, skłonny w późniejszym wieku do łysiny, tycia i innych zaburzeń przemiany materji, cyklotymiczny, wymagający używania ruchu, konieczności odtłuszczania i zwalczania zaburzeń przemiany materji. Trzeci pośredni, mięśniowiec. Ludzie dziedzicznie obarczeni, na których działały różne zgubne wpływy w dzieciństwie, choroby zakaźne, którzy w wieku szkolnym żyli niehigjenicznie, w miastach, wyrastają przeważnie na leptosomików lub na formy jeszcze słabsze, jak astenicy, ludzie chudzi, mali, karłowaci i t. d. Ludzie zdrowi, pielęgnowani przez rodziców hormonalnie normalnych, żyjący higjenicznie, dużo na wsi, w dobrem powietrzu, w świetle, ruszający się dużo, używający odpowiednio snu, poddający się ćwiczeniom w celu szkolenia ciała i ducha, wyrastają na cyklotymicznych pikników i tylko czasem przechodzą w formy olbrzymie lub otyłe. Typ mięśniowy jest pod każdym względem umiarkowany. Skolei przedstawia autor metodykę badań. Kapilarna mikroskopja (kapilaroskopja) skóry, pomiary termoelektryczne jej ciepłoty, badanie dermografji, stosunek czasu jej utajenia do żywości przemiany materji, dynamometrja, oznaczanie pojemności życiowej klatki piersiowej, myotonometrja, mierzenie oporu przy rozciąganiu mięśni, kymografja serca lub rentgenokymografja, badanie, czy dany osobnik jest psychicznie uzdolniony abstrakcyjnie czy konkretnie (pierwsze u typu T., drugie cechuje typ B.), oto treść tej interesującej książki. Napisana bardzo żywo, bardzo zajmująco, szata zewnętrzna i druk bez zarzutu.

Inna rzecz ma się z zasadniczą myślą autora. Autor pośrednio sądzi, że leptosomika czy astenika można przez ćwiczenia, hartowanie i inne zabiegi tak łatwo zmienić w mięśniowca. Astenoatletyk może z tego wyróść, ale nic więcej. Co to jest astenoatletyk? Jest to astenik czyli leptosomik z trochę wyrobionemi mięśniami, nic więcej. Chować astenika na wsi, w powietrzu i słońcu, będzie chudy, ale opalony, będzie miał trochę więcej mięśni. Mózg, którym często góruje nad innemi i budzi u rówieśników zazdrość, nie rozwinie się, nawet gdy ustrój ma dużą nadwyżkę tarczycy i powstanie *w miejsce cichego myśliciela, człowieka myśli,* bardzo mierny gimnastyk.

Człowiek czynu, piknosomik, sam się wybije, często ze suteren wyrasta wspaniały okaz, wymyka się z domu na słońce, przez swój spryt życiowy przebywa w warunkach takich, jakie w danych warunkach być mogą najlepsze, jest czupurny, nikomu nie da się pokonać, idzie twardo do celu, a gdy go osiągnie, wykonuje swe ulubione czynności, w których może nad innemi górować i *swe myśli przemieniać w czyny.*

Te dwa biegunowo przeciwne wyższe typy, tak bardzo potrzebne ludzkości, nie zmienią się zbytnio, szkoda je zmieniać, bo to tylko jest z ich szkodą. Typy pośrednie, zwłaszcza mieszane mięśniowe, których jest tak bardzo wiele, świetnie nadają się do wszelkich eksperymentów wychowawczych i pod tym względem trzeba autorowi przyznać zupełną słuszność. Mieszanego mięśniowca, w którym jest coś z leptosomika lub piknika, ale tylko bardzo nieznaczna domieszka, można wydatnie co do różnych cech zmienić i poprawić.

Mimo tej krótkiej dyskusji w ramach niniejszej oceny, przyznać trzeba autorowi, iż jego książka jest nader interesującą i pouczającą, zwłaszcza w tej części, w której autor omawia zasadniczy temat, to jest sposoby konstytucyjnobiologicznej diagnostyki.

H. Sochański (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Pierwsze dziesięciolecie działalności Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego (Wilno). J. SZMURŁO. Polski Przegląd Otolaryngologiczny. T. XI. Nr. 2—3. 1935.

W obszernym referacie (67 stron) opisuje autor dzieje powstania i rozwoju Kliniki Otolaryngologicznej Wileńskiej, uruchomionej przez autora na polecenie Ministerstwa w jesieni 1923 i rozwijającej się w pełni do obecnej chwili pod tem samem kie-

rownictwem. Pierwsze kroki odbywały się w warunkach bardzo skromnych i przy bardzo szczupłym personelu lekarskim pomocniczym. Mała izba przyjęć służyła równocześnie za ambulatorjum dla publiczności cywilnej, jak i dla wojskowych, a pozatem na zajęcia praktyczne dla studentów.

Chorych stałych umieszczano w Klinice Chirurgicznej, wykłady odbywały się w sali katedry higjeny, umieszczonej w Zakładzie Anatomji Patologicznej, a nauczanie odbywało się na materiale chorych oddziału wojskowego, gdzie autor był konsultantem. Personel składał się z 2 asystentów. Obecnie Klinika rozporządza własnym gmachem (35—40 łóżek — poza 40 łóżkami wojskowego Oddziału Otolaryngologicznego), salami operacyjnemi, bibljoteką, bogato zaopatrzoną, zbiorami klinicznemi, salą wykładową (pojemność 130 słuchaczy), obfitym inwentarzem aparatów, pracownią kliniczną i t. d. Klinika posiada dwóch docentów (Wąsowski, Dylewski), a w rubryce byłych lub obecnych wolontarjuszy czytamy 17 nazwisk lekarzy. W sprawozdaniu stwierdza się wzorowe opracowanie planu wykładów klinicznych (w ilości koło 80), rozłożonych na 3 trymestry, jakoteż zajęć praktycznych.

Autor w czasie tym wydał pierwszy w Polsce kompletny czterotomowy podręcznik otolaryngologji, który zaczął już wychodzić w drugiem wydaniu. Pozatem uderza niezwykła aktywność naukowa i społeczna. Dyrektor Kliniki prof. Szmurło, wykłada w tym czasokresie: 1) w kursach dokształcających dla lekarzy, 2) w kursach dla lekarzy szkolnych, 3) w kursach z dziedziny higjeny szkolnej, 4) w cyklu wykładów Koła Medyków, 5) w kursach sekcji Higjeny Szkolnej i Wychowania Fizycznego Ministerstwa W. R. i O. P., 6) w kursach dla lekarzy Wileńskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, 7) w kursach dla nauczycieli i lekarzy szkolnych z dziedziny wad i zboczeń mowy i 8) w kursach wakacyjnych w Ciechocinku. Nadto bierze udział 9) w pracy Komisji Uniwersyteckich Wykładów Powszechnych, 10) w Zjeździe Lekarzy Województwa Nowogródzkiego w Lidzie i 11) w Zjeździe Lekarzy Województwa Wileńskiego, wygłaszając tu i tam wykłady, 12) w licznych zjazdach ogólno-lekarskich otolaryngologicznych i ogólno-lekarskich w kraju i zagranicą), 13) przewodniczy stworzonej przez siebie sekcji otolaryngologicznej wileńskiej i 14) klinicznym zebraniom, 15) redaguje (od r. 1926) i wydaje Polski Przegląd Otolaryngologiczny, jedyny organ fachowy w Polsce; habilituje 2 docentów, wreszcie organizuje szeroko zakrojone badania nad zasięgiem twardzieli w północnych województwach Polski, których wyniki referuje jako delegat Polski na Zjeździe Międzynarodowym w Madrycie (1932). O intensywności pracy naukowej Kliniki daje wyobrażenie liczba 145 prac ogłoszonych w tem dziesięcioleciu z Kliniki. W tem przypada 46 na prof. Szmurłę, 30 na doc. dr. Dylewskiego, 55 na doc. dr. Wąsowskiego, reszta na 9 dalszych pracowników: Sawicz (1), Bielunas (1), Świerzyński (1), Rozwadowski (2), Berlinerblau (2), Wołkowyski (2), Mazurek (1), Pieńkowski (1), Szyran (1).

Poza sprawozdaniem ogólnem, znajdujemy w pracy sprawozdania szczegółowe poszczególnych działów Kliniki (1) uszy, 2) nos, 3) jama ustna i gardło, 4) krtań, 5) przychodnia), opracowane nader poglądowo i tabelarycznie. Co do bogatej treści tych sprawozdań musimy odesłać czytelnika do oryginału.

Całość daje wrażenie niezwykłej aktywności i żywotności Kliniki i jej kierownictwa, a metoda sprawozdawcza powinna znaleźć naśladowców. *Schwarzbart* (Kraków).

O niezgodności rozpoznań klinicznych i anatomicznych na podstawie danych prosektur Leningradu za r. 1934. WAJL, GARSZIN, MATYSZEW, CZISTOWICZ, SZOR. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 8. 1935.

Celem podniesienia poziomu pracy klinicznej została utworzona sekcja prosektorów przy Leningradzkiem Towarzystwie Patologów. Zadaniem tej sekcji jest współpraca z klinicystami celem porównania rozpoznań klinicznych i anatomicznych i omówienie błędów rozpoznawczych. W r. 1934 wykonano 3.387 sekcyj zwłok pochodzących z 4 największych szpitali Leningradu, przyczem w 398 przypadkach stwierdzono niezgodność rozpoznań klinicznych i anatomicznych. Jakie schorzenia najczęściej nie zostają rozpoznane klinicznie, a dopiero na stole sekcyjnym? Okazuje się, że większość przypadków nierozpoznanych należy do t. zw. „banalnych", przyczem na pierwszem miejscu stoi rak, a następnie gruźlica. 20.3% wszystkich błędnych rozpoznań przypada właśnie na raka. Nierozpoznana gruźlica wykazuje 20.1% wszystkich błędnych rozpoznań. Do grupy schorzeń błędnie rozpoznanych klinicznie, a niepotwierdzonych sekcyjnie należą: rak (48 przyp.), zapalenie płuc (48 przyp.) i gruźlica (26 przyp.).

Obecnie do współpracy wciągnięto 8 szpitali, a wytyczne współpracy są następujące: 1) prosektor co miesiąca układa wykazy niezgodnych rozpoznań klinicznych i anatomo-patologicznych, 2) prosektor co miesiąca komunikuje odpowiednim ordynatorom o błędnych rozpoznaniach, podając nazwisko chorego i Nr. historji choroby, 3) raz na 1—2 miesiące odbywają się wspólne konferencje klinicystów z prosektorami celem omówienia przypadków, 4) najbardziej interesujące przypadki są tematem ogólnych konferencyj lekarskich, 5) prosektorzy komunikują co kwartał o wynikach konferencji Leningradzkiemu Towarzystwu Patologów.

Dzięki zajęciu odpowiedniego stanowiska przez prosektorów, którzy nie mieli zamiaru występować w charakterze sędziów, zarzucających błędy klinicystom i nadali odpowiedni ton dyskusji, nie było żadnych konfliktów z klinicystami, którzy z zainteresowaniem brali udział w współpracy.

M. Segal (Lwów).

Braki w odżywianiu a ilość urodzin. ROCHAIX i SABOYA. Le Journ. de Méd. de Lyon. 1935. Nr. 370.

Prace lat ostatnich wykazały, że sposób odżywiania, a zwłaszcza brak lub niedostatek w pokarmach witamin A, B, a przedewszystkiem E wywiera znaczny wpływ na stan mnożności. Wszelako u przeważnej ilości ludów odżywianie nie zdaje się stanowić czynnika w sprawie zmniejszania ilości urodzin i wyludniania się. Według dowodnych danych, zebranych przez niektórych lekarzy kolonjalnych, braki w odżywianiu, utrzymujące się od wieków u ludów prawie dzikich w kolonjach, tłumaczą istotnie zmniejszanie się u nich liczby urodzin z powyższego powodu. Natomiast inaczej jest u ludów cywilizowanych, u których zmniejszanie się liczby porodów zależne jest wyłącznie od czynników natury moralnej i społecznej.

M. Blassberg (Kraków).

Zdravniški Vestnik, 1935. Nr. 2.

Dr. Karmiński podnosi znów sprawę słowiańskiej terminologji lekarskiej i rzuca projekt słownika wszechsłowiańskiego neurologiczno-psychjatrycznego. Sprawa słownika ogólno-lekarskiego międzysłowiańskiego poruszoną była przed 30 laty, a ostatnio w *Liječnickim Vjesniku* w r. 1933 Djurdjević.

R. L. (Lwów).

Biologja.

Badania nad zaopatrywaniem splotu barkowego w nerw sympatyczny i szyjne pasma graniczne u człowieka. MARTIN WRETE. Upsala Lakareforenings Forhandlingar. H. 1. Och 2. 1934.

Dla zrozumienia anatomji nerwu współczulnego szyjnego musi się uwzględnić jego stosunek do systemu naczyniowego. W wymienionej pracy autor podaje, że t. zw. *rami communicantes grisei bipartiti* (głowowa część *rami comm. grisei*, gałązek łączących współczulne pasma graniczne z nerwami rdzeniowemi, biegnącemi wzdłuż segmentalnych ściennych gałązek tętnicy głównej w dolnej okolicy szyjnej oraz w następnych dystalnie położonych odcinkach) uważać należy za twory segmentalne. Tworzą one po obu stronach ciągły szereg, prawie bez przerwy, odpowiadając przebiegowi tętnic segmentalnych. Tętnice te biorą udział w powstawaniu szyjnej części *a. vertebralis*, wobec czego *r. c. gr. bip.* dołączają się do tej tętnicy. U niektórych osesków znaleźć można *a. vertebralis thoracalis;* prawdopodobnie była ona stalszą w pierwotnym filogenetycznym rozwoju człowieka, przyczem rozwinęły się przy niej *r. c. gr. bip.* — później *a. vert. thor.* uległa zanikowi, a nerwy odpowiadające tętnicy zostały.

Segmentalne rozprzestrzenienie *ram. comm. gris. bip.* odpowiada u osobników dorosłych splotowi barkowemu. Dzięki tym gałązkom splot barkowy zaopatrzony jest obficie w elementy współczulne. *Rami comm. gr. bip.* biegnące wzdłuż 5 i 6 odcinka szyjnego zwane są przez niektórych autorów *r. comm. profundi. Rami comm. gr. bip.*, biegnące wzdłuż *a. vertebralis*, identyczne są z *n. vertebralis. Rami comm. prof.* wychodzą najczęściej z *ganglion cervicale sup.*, przeto zwój ten często zaopatruje splot barkowy we włókna sympatyczne.

N. vertebralis zawsze łączy się z 6 i 7 nerwem szyjnym. Nerw ten nie jest produktem zlania się *r. comm. gr.* wielu odcinków, lecz tylko jedną z tych gałęzi, która dzieli się podobnie jak i inne *rami comm. gr. bip.* na gałęzie dla dwóch nerwów szyjnych.

Ponieważ *r. comm. gr. bip.* wychodzące z szyjnych pasm granicznych mają charakter ściśle segmentalny, przeto oznaczając ich miejsce wyjścia, można wyodrębnić segmentalne części składowe szyjnych pasm granicznych, mimo całkowitego zlania się ich ze sobą. Anatomja szyjnych pasm granicznych w wysokim stopniu zależy od rozwoju tętnic segmentalnych. *Ganglion cerv.*

inf. zawsze odpowiada 7 i 8 szyjnemu segmentowi pasma granicznego. U człowieka zwój ten łączy się przez *r. comm. gr. bip.* z 8, 7 i 6 nerwem szyjnym. *Ganglion cerv. med.* i *sup.* obejmuje sześć najbardziej proksymalnie położonych segmentów szyjnych.

Szajna (Kołomyja).

Przypadek unerwienia mięśnia piersiowego także przez splot szyjny. CARL MARTENSSON. Upsala Lakareforenings Forhandlingar H. 5. Och 6. 1934.

Opierając się na powyższym przypadku, autor dochodzi do wniosku, że mięsień piersiowy składa się z wielu genetycznie różnych elementów mięśniowych, które zlały się z sobą — i to albo w jeden mięsień piersiowy *(m. pect. compositus)*, albo też w dwu- i więcej — brzuśćcowy mięsień unerwiony przez splot szyjny (gałąź mostkowo-obojczykowo-sutkowa), nerwy piersiowe przednie zewnętrzne i prawdopodobnie także przez nerwy międzyżebrowe (3—5). Wskutek zmieszania się różnych elementów mięśniowych, mięsień piersiowy zajmuje niestałe miejsce na klatce piersiowej i jest rozmaicie unerwiony.

Szajna (Kołomyja).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Wpływ hormonu kory nadnercza i witaminy C na zaburzenia krążenia w błonicy. BAMBERGER PH. i WENDT L. Klin. Woch. Nr. 24. 1935.

Sekcyjnie przy błonicy spostrzega się często zmiany w nadnerczach, toksyna błonicza zaś daje podobne kliniczne objawy, jak ostre wypadnięcie kory nadnercza (spadek ciśnienia krwi, bladość, adynamja, spadek temperatury). Z drugiej strony przy ciężkiej błonicy, mimo doprowadzania wielkich dawek witaminy C, nie następuje jej zwiększone wydalanie z moczem. To spostrzeżenie i fakt, że kora nadnerczy jest bogata szczególnie w witaminę C, skłoniły autorów do złożonego leczenia zaburzeń w krążeniu przy błonicy zapomocą hormonu korowego i witaminy C. Sam hormon lub sama witamina pozostają bez wpływu. Leczenie takie zastosowali autorowie u ciężko chorych dzieci, których uratowanie nie rokowało żadnej nadziei. (Z 8 chorych 5 pozostało przy życiu). Ostatniego słowa o wartości tej metody leczenia aa. nie wypowiadają. Powodzenie metody zależeć będzie, zdaniem aa., od odpowiednio dobranej dawki i od ustalenia dnia choroby, od którego należy to leczenie zastosować.

B. Giędosz (Lwów).

O nowem chlebie sojowem (Soja-Wasserbrot) i zastosowaniu mąki sojowej w leczeniu cukrzycy i otyłości. F. SCHELLONG. Klin. Woch. Nr. 14. 1935.

W cukrzycy podawał autor chleb z mąki sojowej specjalnie przygotowany, bogaty w wodę (65—68%), a o małej wartości odżywczej, mąkę sojową w miejsce mąki zbożowej, białko fasoli sojowej w miejsce białka zwierzęcego i otrzymywał zachęcające wyniki. Podobnie dobre wyniki widział a. po zastosowaniu takiego leczenia w otyłości. Dokładne zestawienie diet, 5 wykresów i opisy przypadków ilustrują pomocnicze działanie lecznicze przetworów z fasoli sojowej. *B. Giędosz* (Lwów).

Jontoforeza histaminowa w leczeniu bólów mięśniowych. J. DRAC. Lekarz Wojskowy. Nr. 10. T. XXV. 1935.

Jontoforeza histaminowa wywołuje zaczerwienienie skóry w miejscach przeniknięcia histaminy, bąble w miejscu zaczerwienienia i dookoła pole przekrwienia. Podniesienie ciepłoty skóry w miejscu zaczerwienienia trwa przez kilka godzin. W badaniach własnych stosował autor jontoforezę histaminową w rozcieńczeniu 1:10000 i 1:5000. Jontoforeza histaminowa nadaje się do: 1) uspokajania bólów mięśniowych, 2) wzmożenia krwiobiegu i czynności resorbcyjnych, 3) działania ogólnego, pobudzania wydzielania soku żołądkowego, obniżania ciśnienia krwi i in. U osób wrażliwych nie powinno się robić elektryzacji za blisko głowy; względnem przeciwwskazaniem jest skłonność do pokrzywek i odczynów alergicznych skóry. Dzięki bezbolesności, bezpieczeństwu, łatwości stosowania oraz szybkości działania powinna jontoforeza histaminowa zająć pierwsze miejsce wśród innych metod leczenia. Opis sposobu działania i techniki jontoforezy histaminowej oraz omówienie klinicznego zastosowania jontoforezy histaminowej w leczeniu bólów mięśniowych, gośćcowych i objawowych dopełniają artykuł. *B. Giędosz* (Lwów).

Mierzenie ciepłoty skóry przy rwie kulszowej. E. ELDBLOM. Klin. Woch. Nr. 18. 1935.

Autor mierzył specjalnym aparatem ciepłotę większej przestrzeni skóry obu kończyn dolnych. U ludzi zdrowych największa różnica temperatur między obiema kończynami wynosiła przeważnie 0.1°. U chorych z jednostronną idjopatyczną rwą kulszową stwierdził zmniejszone oddawanie ciepła nogi chorej, co może być w związku ze zmniejszonem ukrwieniem. Objaw ten uważa a. za zwykły i objektywny przy rwie kulszowej.

B. Giędosz (Lwów).

Choroby pasorzytnicze przewodu pokarmowego w wojsku. ST. GRUSZECKI i K. ŁUKASIEWICZ. Lekarz Wojskowy. Nr. 10. T. XXV. 1935.

Sprawa pasorzytów przewodu pokarmowego jest ważna dla medycyny wojskowej; dolegliwości przez pasorzyty powodowane mogą być nieraz uważane za symulację lub mogą być przyczyną fałszywego orzeczenia. Częstość pasorzytów jelitowych da się ująć w następującą kolejność: najczęstsze są włosogłówka l. cianka ludzka *(trichocephalus dispar)*, wielkouściec jelitowy *(lamblia intestinalis)*, glista dżdżownicowata *(ascaris lumbricoides)*, wkońcu tasiemiec samotny *(taenia solium)* i przewiercony *(t. saginata)*, brózdogłowiec szeroki *(botriocephalus latus)*, glista robaczkowa *(oxyuris vermicularis)*; bardzo rzadko spotyka się tasiemca karłowatego *(taenia nana)* — w ciągu dziesięciu lat zdarzył się 1 przypadek. Eozynofilja nie jest objawem patognomonicznym, gdyż spotyka się helmintjazy bez eozynofilji. Jedynie znalezienie jaj lub pasorzytów w kale jest miarodajne i pewne dla rozpoznania. Po omówieniu objawów i powikłań występujących przy pasorzytach jelitowych podają autorzy wyniki badań 6150 kałów i 520 treści dwunastnicowych wykonanych od 1925—1935 r. w Pracowni Klinicznej C. W. San. Na 6150 badanych kałów znaleziono 1427 razy jaja pasorzytów, w tem włosogłówkę ludzką 980 razy (16%), glistę dżdżownicowatą 365 razy (6%), tasiemca samotnego 32 razy (0,50%), tasiemca przewierconego 28 razy (0,4%), brózdogłówca szerokoczłonego 12 razy (0,2%), glistę robaczkową 10 razy (0,15%). Na 520 treści dwunastnicowych znaleziono 53 razy (12,8%) wielkouśćca jelitowego. Statystyki zebrane wśród ludności cywilnej są bardzo zbliżone do statystyki autorów. *B. Giędosz* (Lwów).

Skuteczne złożone leczenie zatrucia sublimatem zapomocą częstych upustów krwi i stosowania płynu Ringera. A. KORANYI. Klin. Woch. Nr. 21. 1935.

Zatrute sublimatem psy udało się utrzymać przy życiu dzięki upustom krwi i zastępczym wlewaniom płynu Ringera. Wynik ten zachęcił a. do zastosowania tego leczenia u 33-letniego mężczyzny, który w celach samobójczych zażył 1 g sublimatu. Częste upusty krwi (do 300 cm³) i częste podawanie płynu Ringera (doustnie 2000—5000 cm³) z równoczesnem dożylnem wstrzykiwaniem hipertonicznego roztworu soli kuchennej spowodowały cofnięcie się objawów mocznicowych i toksycznych. *B. Giędosz* (Lwów).

Wysokie doustne dawki koraminy w ratowaniu życia. L. KOEHLER. D. Med. Wschr. Nr. 1. 1935. Str. 11.

Autor podaje przypadek zatrucia zepsutą rybą. Wobec ciężkiego stanu natychmiast przepłókano żołądek i przez sondę podano 10 cm³ koraminy, licząc się z dużą siłą resorbcyjną śluzówki pustego żołądka. Po 15 minutach podano znów 5 cm³ — wkrótce stan chorego zaczął się poprawiać.

W drugim przypadku ciężkiej zapaści spowodowanej miażdżycą tętnic wieńcowych zastosowano również doustnie 3 cm³ koraminy — skutek był również dobry. Autor stwierdza fakt, że koramina jest dzielnym środkiem nietylko przy zastosowaniu pozajelitowem, ale również dobrze działa i podana doustnie.

F. Mikulska (Warszawa).

W sprawie stosowania czopków z cibalginą w praktyce dziecięcej. KUST. HAUSMANN. Wien. med. Wschr. Nr. 7, 1935.

Dla niemowląt wchodzą w grę czopki zawierające 0,25 cibalginy czyli 0,22 amidopiryny i 0,03 dialu, przy bólach, niepokoju i świądzie. Dzięki obecności amidopiryny czopki mogą mieć zastosowanie w grypie, gośćcu stawowym, pląsawicy oraz w zakażeniu jelitowem. Czopki mogą być stosowane bez obawy u noworodków, natomiast u starszych dzieci konieczne będzie podwojenie dawki. U matek karmiących, u których stosowanie alkaloidów jest przeciwwskazane spowodu przechodzenia ich do mleka, czopki z cibalginą znalazły szerokie zastosowanie przy zwalczaniu wszelkiego rodzaju bólów.

W. Kurowski (Warszawa).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Przypadek ciąży pozamacicznej na pozostawionym podczas operacji strzępku jajowodu. H. WÓJCICKI. Ginek. Pol. T. XIV. Z. I—III.

Ciąża rozwinęła się na kikucie jajowodu powstałym po operacji ciąży trąbkowej. Ciałko żółte stwierdzono po tej samej

stronie co i ciążę strzępkową. Należy przyjąć, że plemniki przeszły przez zdrowy jajowód strony przeciwnej do jamy brzusznej, a następnie zapłodnione jaje usadowiło się w uchyłku strzępkowym i dojrzewało. Usunięto krwawiącą resztkę trąbki wraz z jajnikiem. *M. Segal* (Lwów).

Ciąża śródmiąższowa rozpoznana mylnie na stole operacyjnym jako nabłoniak kosmówkowy. H. DŁUGI. Ginek. Pol. T. XIV. Z. I—III.

Przypadek operowany spowodu rozpoznania ciąży pozamacicznej. W przebiegu operacji wobec podejrzenia na nabłoniak kosmówkowy wykonano całkowite usunięcie macicy oraz przydatków. Badanie anatomopatologiczne wykazało ciążę śródmiąższową. Przypadki ciąży śródmiąższowej są wogóle rzadkie i stanowią 1% wszystkich ciąż pozamacicznych.

M. Segal (Lwów).

Nowy sposób wydalenia łożyska oparty na zasadach mechaniki i profilaktyczne aktywne prowadzenie III okresu porodowego. W. ROGOWIN. Ginekoł. i Akusz. Nr. 1. 1934.

W celu odklejenia i wydalenia łożyska z jamy macicy a. zaleca sposób, który w ogólnych zarysach przedstawia się następująco: po podwiązaniu i odcięciu pępowiny zakłada się na pępowinę kocher; jedną ręką naciąga się pępowinę, druga ręka ruchami popychającemi przesuwa macicę ku górze. Zdaniem a. sposób ten jest zupełnie bezpieczny, delikatny i najbardziej racjonalny ze wszystkich dotychczas stosowanych sposobów. W 99% daje wyniki dodatnie, o ile jest stosowany w ciągu pierwszych kilku minut po porodzie. *M. Segal* (Lwów).

(Przyp. refer.): Podana przez a. metoda jest niewątpliwie „nowa", czy jednak jest bezpieczna — należałoby zbadać na większym materjale. W każdym razie wzbudza wątpliwości kwestja celowości stosowania powyższej metody przy prawidłowo przebiegającym III okresie porodowym.

W sprawie poronień septycznych. J. ZIŃKOWSKIJ. Wracz. Dieło. Nr. 4. 1935.

Autor jest zwolennikiem czynnej interwencji przy poronieniach septycznych. Na podstawie materjału obejmującego 334 przypadki septycznych poronień kryminalnych zakończonych interwencją instrumentalną — a. dochodzi do wniosku, że tego rodzaju postępowanie jest możliwe, o ile niema jeszcze zmian w przymaciczach, przydatkach lub objawów otrzewnowych. Sama bolesność macicy nie była przeszkodą do interwencji; również jednorazowe dreszcze. Po usunięciu zakażonych resztek konieczne jest wyjodynowanie jamy macicy. W 55 przypadkach nie interwenjowano czynnie spowodu rozszerzenia się zakażenia poza macicę. Zejście śmiertelne nastąpiło w 19 przypadkach.

M. Segal (Lwów).

W pracy autora uderza znaczna ilość poronień kryminalnych pomimo legalizacji poronień i szerokiego rozwoju bezpłatnego szpitalnictwa nawet na krańcach republiki Sowietów. Sądząc z apelu a. nawołującego do bezwzględnej walki z babkami i znachorkami, element ten nie został jednak wytępiony i w dalszym ciągu uprawia swój proceder. *(Przyp. ref.).*

Zespoły wkrewne w ciąży i po połogu. E. KEHRER. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. T. 110. Z. 2.

Większość gruczołów wkrewnych ulega w ciąży mniej lub więcej silnemu przerostowi i hiperplazji; dotyczy to przedewszystkiem części gruczołowej przysadki, w której zjawiają się charakterystyczne komórki ciążowe. Cechy „akromegaloidne" obserwowane u niektórych ciężarnych stoją prawdopodobnie w związku z komórkami kwasochłonnemi, a nie z komórkami ciążowemi. Przysadka nadmiernie powiększona w wymiarze podłużnym może wywierać ucisk na otoczenie: z jednej strony na międzymóżdże, w wyniku czego powstaje moczówka prosta (poliurja, polidipsja i t. d.) — z drugiej strony na skrzyżowanie nerwów wzrokowych z widzeniem połowiczem, a nawet ślepotą. Po połogu mogą wystąpić zaburzenia ze strony tarczycy, z jednej strony otłuszczenie na tle hipertyreozy lub niedomogi tarczycy *(thyreo-sexuelle Insuffizienz);* obydwa te zespoły cechuje *hypogenitalismus*, brak miesiączki, z drugiej strony tyreotoksykozy, szczególnie choroba Basedowa.

Cukrzyca jako objaw upośledzenia funkcji trzustki w postaciach wyraźnych i poronnych szczególnie często występuje u kobiet, które dużo razy rodziły. T. zw. wielogruczołową sklerozę — ciężkie uszkodzenie kilku gruczołów dokrewnych ze znacznem upośledzeniem a nawet wypadnięciem ich funkcji stwierdzono kilkakrotnie w następstwie gorączkowych połogów. W tych przypadkach stwierdzono całkowity zanik części gruczołowej przysadki z przerostem łącznotkankowym, a jako następstwo wtórne zmiany analogiczne innych gruczołów wkrewnych: tarczycy, jajników i nadnerczy. *M. Segal* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademja Umiejętności.
IV. Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 29 czerwca 1935 r.

Przewodniczący: Dyrektor H. Hoyer.

Czł. S. Ciechanowski i W. Nowicki przedstawiają pracę p. H. Skałby p. t. *Morfologiczne zmiany kobiecych gruczołów mlecznych w przebiegu cyklu miesiączkowego.*

Wyniki dotychczasowych badań morfologicznych przyjmują istnienie cyklu miesiączkowego gruczołu mlecznego, jednakże co do wielu szczegółów zdania są rozbieżne. Rosenburg, Ernst i Luchsinger za główne uważają zmiany w składnikach nabłonkowych gruczołu mlecznego, charakteryzujące się przedmiesiączkowym rozrostem, a potem zmianami wstecznemi w obrębie nabłonków gruczołowych, rozpoczynającemi się w okresie miesiączki, a postępującemi dalej w okresie pomiesiączkowym aż do zupełnego zniknięcia pęcherzyków gruczołowych w przerwie międzymiesiączkowej. Wedle natomiast Dieckmanna i Kückensa istotą zmian miesiączkowych jest pęcznienie tkanki łącznej śródzrazikowej, dochodzące w okresie przedmiesiączkowym do wyraźnego obrzęku, a potem do jej kurczenia się. Składniki zaś nabłonkowe gruczołu odgrywają ich zdaniem rolę bierną, zależną od zmian w tkance łącznej śródzrazikowej, czem autorowie ci tłumaczą różnorodność obrazów w układzie nabłonków, wciągniętych wtórnie w grę podścieliska. Tego samego zdania jest także i Moszkowicz, który jednak przyjmuje rozrost składników gruczołowych w okresie przedmiesiączkowym. W przeciwieństwie do Rosenburga Dieckmann, Tamagawa, Kückens, Berberich, Jaffe i Moszkowicz podkreślają, że zupełnego zniknięcia zrazików gruczołowych w okresie międzymiesiączkowym nie stwierdzili.

Autor wziął sobie za zadanie wyjaśnienie krańcowych rozbieżności wyników badań Rosenburga i Dieckmanna. Posługiwał się on w tym celu świeżym materjałem sekcyjnym Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego ze zwłok kobiet dojrzałych płciowo, a niebędących w ciąży, badając histologicznie całkowite przekroje gruczołu mlecznego. Celem ustalenia okresu miesiączkowego badał autor w każdym przypadku histologicznie stan błony śluzowej macicy i jajników, uwzględniając równocześnie wywiady kliniczne. Zbadał ogółem 50 przypadków, a więc przeprowadził badania na materjale większym, niż wielu jego poprzedników. Na podstawie swych badań doszedł do następujących wniosków:

1. Gruczoł mleczny kobiety dojrzałej płciowo odbywa cykliczne zmiany miesiączkowe, zależne od działania czynników hormonalnych, przedstawiające morfologicznie pewne obrazy histologiczne, charakterystyczne dla danych okresów miesiączkowych.

2. Udział w cyklu miesiączkowym gruczołu mlecznego kobiety bierze tkanka łączna śródzrazikowa wraz ze swoim aparatem naczyniowo-limfatycznym i tkanka gruczołowa wraz z przewodami mlecznemi, natomiast tkanka łączna, stanowiąca zrąb gruczołu mlecznego, żadnym zmianom nie ulega.

3. Zmiany tkanki łącznej polegają na przedmiesiączkowem rozpulchnieniu delikatnie włóknistej, obficie komórkowej tkanki łącznej śródzrazikowej i wybitnem jej przekrwieniu oraz nacieku komórkowym, złożonym z limfocytów i komórek plazmatycznych; poprzez okres miesiączkowy i pomiesiączkowy ulega ta tkanka w przerwie międzymiesiączkowej zwłóknieniu, a niejednokrotnie także częściowo zmianom szklistym, nacieki zaś komórkowe ustępują.

4. Tkanka gruczołowa w okresie przedmiesiączkowym ulega pomnożeniu i okazuje niejednokrotnie objawy wydzielania, a w okresie samej miesiączki obok silniej zaznaczonego wydzielania ulega częściowo zmianom wstecznym i wtórnym, zależnym od równolegle przebiegających zmian w podścielisku zrazików. Procesy wsteczne nie doprowadzają jednak nigdy do zupełnego zaniku składników gruczołowych nietylko w okresie międzymiesiączkowym, ale nawet przy dłużej trwającym braku miesiączki. Błony podstawne pączków i pęcherzyków gruczołowych, w okresie przedmiesiączkowym cienkie, delikatnie włókniste, grubieją

i ulegają zmianie szklistej poprzez okres miesiączkowy i pomiesiączkowy, aż do przerwy międzymiesiączkowej.

5. Przewody mleczne duże rozgałęziają się w okresie przedmiesiączkowym, wytwarzając przewody średnie i małe. W okresie miesiączkowym i pomiesiączkowym obok wypełnienia kuleczkami tłuszczu i bezpostaciowemi masami stwierdza się w przewodach złuszczanie się nabłonków, a w przerwie międzymiesiączkowej ściany przewodów zapadają się ku światłu.

6. Miesiączkowe zmiany, dotyczące podścieliska zrazików, są objawem stałym, natomiast mnożenie się składników gruczołowych podlega indywidualnym wahaniom ilościowym.

7. Cykliczne zmiany miesiączkowe gruczołu mlecznego nie przebiegają równocześnie we wszystkich częściach gruczołu, i dlatego ustalenie okresu miesiączkowego na podstawie preparatów z kilku tylko wycinków bez uwzględnienia całego przekroju gruczołu mlecznego jest niemożliwe.

8. Miesiączkowe zmiany gruczołu mlecznego są jakościowo identyczne ze zmianami, jakim podlega gruczoł mleczny w ciąży; różnice są tylko ilościowe.

9. Ilość przebytych ciąż i porodów nie ma wpływu na przebieg cyklu miesiączkowego gruczołu mlecznego.

10. Ciężkie schorzenia ogólne, zwłaszcza długotrwałe choroby, połączone z wyniszczeniem ustroju, działające hamująco na jajeczkowanie, upośledzają również cykliczne zmiany miesiączkowe.

11. Zaburzenia prawidłowej czynności miesiączkowej gruczołu mlecznego, zależne od zaburzeń wewnętrznowydzielniczych, mogą być przyczyną pewnych schorzeń gruczołu mlecznego, których etjologja dotychczas była niewyjaśniona.

Czł. H. Hoyer i St. Ciechanowski przedstawiają pracę p. W. H. Stefko p. t. *Rozwój kości udowej w życiu pozapłodowem i anatomja patologiczna gruźlicy stawu kolanowego.*

Na zasadzie badań kości udowej osób zdrowych i dotkniętych gruźlicą stawu kolanowego, a będących w różnym wieku, dochodzi autor do wniosków następujących:

1. Główne postacie gruźlicy stawu kolanowego dają się ze względu na siedzibę sprawy, charakter morfologiczny odczynów alergicznych i typ szerzenia się sprawy ująć w pewien schemat.

2. Najpierwsze zmiany w gruźlicy kości udowej zaczynają się jako naciek okołonaczyniowy w kanalikach kostnych. Po bardzo szybkim rozpadzie beleczki kostnej przechodzi sprawa na szpik kostny i powstają przeważnie objawy wysiękowe.

3. Unaczynienie beleczek kostnych dochodzi do szczytu około 2 roku życia, dlatego kości długie ulegają najłatwiej krwiopochodnemu zakażeniu gruźliczemu między 1—3 rokiem życia.

4. Jako pozostałość pierwszych zmian kostnych utrzymują się potem ogniska granulacyjne szczególnego rodzaju, w których sprawa przycicha, ale które w przeciwieństwie do pierwotnych ognisk płucnych mają tylko małą skłonność do wapnienia.

5. Przy zaostrzeniu się sprawy w tych ogniskach wkracza zakażenie perjodycznie do szpiku kostnego.

6. Rozwój wtórnej sprawy w stawie kolanowym pozostaje, jak się zdaje, w ścisłym związku z zaostrzeniem się sprawy w takich ogniskach.

7. W postaci *„tuberculosis fungosa"* rozwija się często sprawa akodoneuryniowa, co pozostaje w związku z szerzeniem się gruźlicy głównie drogą naczyń.

8. W postaci serowatej sprawa, choćby zaczęła się okołonaczyniowo, przechodzi bardzo szybko wśród rozwoju objawów wysiękowych w sprawę destrukcyjnonekrotyczną.

9. Jamy gruźlicze w kości podzielić można na dwa typy: w jednym powstają one wśród gniazd serowatych, w drugim ścianę ich tworzy tkanka ziarninowa.

Czł. E. Godlewski i St. Ciechanowski przedstawiają pracę p. J. Kowalczykowej p. t. *Fałd pęcherzowo-odbytniczy środkowy i jego pochodzenie.*

Pochodzenie stosunkowo bardzo rzadko występującego fałdu błony otrzewnej, napinającego się w środkowej płaszczyźnie ciała, pomiędzy tylną ścianą pęcherza moczowego a przednią ścianą jelita grubego, jest dotąd niejasne. Teorji, wedle której fałd ten, t. zw. „więzadło pęcherzowo-odbytnicze", jest skutkiem płodowego zapalenia otrzewnej, przeciwstawia się pogląd, że jest to zaburzenie rozwojowe, jednak zdania autorów co do sposobu powstania tego zaburzenia rozwojowego są rozbieżne.

Autorka na podstawie trzech spostrzeganych przez siebie przypadków, w których fałd ten istniał, na podstawie zbadania kilkunastu przypadków macicy dwurożnej bez tego fałdu, oraz na podstawie piśmiennictwa dochodzi do wniosku, że fałd ten, dzielący jamę miednicy na dwie symetryczne części, prawą i lewą, jest wynikiem zaburzeń rozwojowych w tylnej zatoce jelitowej *(sinus intestinalis posterius).*

Dla poparcia swego stanowiska przeprowadza autorka analizę czwartego spostrzeganego przez siebie przypadku, rozszczepu tylnej zatoki jelitowej.

Na podstawie dotąd spostrzeganych i opisanych przypadków nie można rozstrzygnąć stanowczo, czy istnienie tego fałdu musi za sobą pociągać jako konieczne następstwo dwurożność macicy. W każdym razie zdaje się nie ulegać wątpliwości, że powstanie fałdu należy odnieść do zaburzeń okresowo wcześniejszych od zlewania się oddzielnych przewodów Müllera w jednolitą macicę.

Autorka proponuje i uzasadnia słuszność wprowadzenia nowej nazwy „fałd pęcherzowo-jelitowy środkowy" *(plica vesico-intestinalis medialis),* zamiast starego określenia „więzadło pęcherzowo-odbytnicze" *(ligamentum rectovesicale).*

Czł. J. Modrakowski przedstawia swoją pracę p. t. *Wykrycie w grzybieniu białym (nymphaea alba) alkaloidu o działaniu na układ nerwowy ośrodkowy.*

Kwiaty grzybienia białego i żółtego zawierają oprócz glikozydu nimfaliny czynnik o charakterystycznem działaniu na układ nerwowy ośrodkowy, o którem autor wspomniał już dwukrotnie *(Bull. de l'Ac. Pol. Sc. et Lettr.* 1933, str. 201 i 1934, str. 327).

Czynnik ten okazał się alkaloidem. Wyodrębniony z kwiatów grzybienia białego w stanie czystym ulega szybko hydrolizie zarówno w postaci wolnej zasady, jak i w połączeniu z kwasami, tracąc działanie farmakologiczne. Z tego wynika konieczność badania działania natychmiast po wyodrębnieniu alkaloidu.

Ani alkaloidu samego ani jego soli nie powiodło się dotychczas otrzymać w stanie krystalicznym. Wskutek szybkiego rozkładu również nie powiodło się jeszcze oznaczyć wagowo dawek działających. Narazie więc wyrażał autor dawki alkaloidu w stosunku do ilości surowca, wziętego za punkt wyjścia, a więc ilość alkaloidu otrzymaną z 2 g, 10 g, lub 100 g kwiatów suszonych i t. d.

Okazało się, że działanie alkaloidu odpowiada zupełnie działaniu czynnika nieznanego dotychczas, pokrótce opisanego w pracach powyżej wspomnianych, jednakże z tą różnicą, że gdy zwierzęta wówczas ginęły zawsze w przeciągu jednego do trzech dni po wprowadzeniu wskutek domieszki nimfaliny, lub zanieczyszczeń (garbniki i ich produkty rozkładu), to sam alkaloid jest mało trujący i wyjątkowo tylko wywołuje śmierć zwierząt przez porażenie oddechu po dawkach bardzo dużych.

Stosowano w obliczeniu na 1 g myszy dawki alkaloidu, odpowiadające 0,005 g do 1 g suszonych kwiatów. Działanie dawek dużych różni się głównie trwaniem dłuższem objawów, od 2 godzin do szeregu dni. Mniejsze dawki niż 0,005 g/1 g myszy wywołują jedynie uspokojenie, większe natomiast — stan podobny do stanu po usunięciu operacyjnem półkul mózgowych.

Posługiwano się myszami jako bardzo czułym odczynnikiem biologicznym dla stwierdzenia obecności alkaloidu przy opracowaniu chemicznem. Nadto badano działanie jego na żabach, szczurach, świnkach morskich i gołębiach.

Czł. R. Nitsch przedstawia pracę pp. J. W. Supniewskiego i J. Hano p. t. *Działanie rozmaitych związków chemicznych na świdrowce Nagany i na krętki blade „in vitro".*

Autorowie oznaczali stężenia rozmaitych związków chemicznych, które w przeciągu 20 minut, w ciepłocie 37° zabijają świdrowce Nagany *(Trypanosoma Brucei)* i krętki blade.

Wyniki tych doświadczeń są następujące:

Związek chemiczny	Stężenie zabójcze dla świdrowców	krętków
Chinolina	1:3000	1:1500
Chinozol	1:800	1:1500
Yatren 105	1:100	1:600
Cynchonidyna	1:200	1:300
Chinina	1:400	1:800
Optochina	1:1000	1:600
Eukupina	1:1500	1:2000
Hydrochinina	1:1000	1:600
Wucyna	1:600	1:600
Cyklamina	1:1500	1:1500
Sapotoksyna	1:4000	1:2000
Kwas cholowy	1:800	1:500
Błękit trypanowy	1:600	1:800
Czerwień trypanowa	1:400	1:800
Błękit metylenowy	1:5000	1:200
Germanina	1:600	1:100
chlorek sodu hipertoniczny	4,5%	4,5%
Chlorek sodu hipotoniczny	0,0%	—
Roztwory kwaśne o pH	6.00	5,00
Roztwory alkaliczne o pH	7,75	13,00
Izochinolina	1:4000	1:5000

Związek chemiczny	Stężenie zabójcze dla świdrowców	krętków
Emetyna	1:200	1:1000
Papaweryna	1:100	1:200
Akrydyna	1:5000	1:4000
Gonakryna	1:30000	1:8000
Riwanol	1:5000	1:3000
Atebryna	1:5000	1:1000
Sublimat	1:150000	1:3000
Salirgan	1:80000	1:2500
Merkurochrom	1:6000	1:7000
Chlorek miedzi	1:80000	1:1000
Chlorek złota	1:90000	1:800
Sanokryzyna	1:50000	1:400
Siarczan cynku	1:10000	1:400
Siarczan glinu	1:15000	1:600
Protargol	1:150000	1:1500
Luatol	1:1000	1:600
Emetyk	1:90000	1:200
Arsenian sodu	1:400	1:300
Arsenin sodu	1:600	1:600
Kakodylan sodu	bez działania	
Atoksyl	1:200	1:200
Nowarsenobenzen	1:600	1:100
Stowarsol	bez działania	1:100
Wanadjan sodu	1:600	1:600
Alkohol etylowy	1:10	1:7,5
Fenol	1:400	1:200
Wodzian chloralu	1:200	1:50
Tymol	1:3000	1:7000
Chloramina	1:400	1:6000
Jod	1:600	1:4000
Fluorek sodu	1:200	1:800
Cyjanek sodu	1:1500	1:1500
Aldehyd mrówkowy	1:8000	1:800
Perhydrol	1:50	1:1000
Pyoktanina fioletowa	1:30000	1:15000
Pyoktanina żółta	1:15000	1:8000
Zieleń malachitowa	1:40000	1:9000
Zieleń brylantowa	1:40000	1:8000
Kwas askorbinowy	1:100	——

(Z Zakładu Farmakologji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Praca wykonana z zasiłku funduszu im. Tyszkowskiego).

Czł. Modrakowski przedstawia pracę pp. J. W. Supniewskiego i J. Hano p. t. *Działanie farmakologiczne fenyloetylokarbinolu i paratoluilometylokarbinolu.*

Paratoluilometylokarbinol (p-$CH_3C_6H_4CH(OH)CH_3$) jest składnikiem, działającym żółciopędnie, w kłączach kurkumy domowej *(Curcuma domestica).*

Związek ten otrzymali autorowie drogą syntetyczną przez reakcję, między odczynnikiem Grignarda, otrzymanym z parabromotoluenu, a czystym aldehydem octowym.

Autorowie porównywują własności farmakologiczne tego związku z jego izomerem, fenyletylokarbinolem ($C_6H_5CHOHC_2H_5$), otrzymanym z działania aldehydu benzoesowego na odczynnik Grignarda, zrobiony z bromku etylu.

Oba te ciała chemiczne są truciznami protoplazmatycznemi. W roztworze 1/500 karbinol fenylowy zabija pałeczkę okrężnicy *(bacterium coli)*, karbinol zaś toluilowy zabija je dopiero w roztworze 1/300 (czas działania wynosi 20 minut). Na bakterje gramododatnie, jak na las. sienne, włoskowce różycy świńskiej oraz na gronkowce złociste, ciała te, praktycznie biorąc, nie wywierają działania bakterjobójczego.

Oba te ciała chemiczne, wstrzyknięte podskórnie, zabijają żaby wodne w dawce 0,5 g/kg przy objawach porażenia ośrodków ruchowych mózgu i rdzenia oraz porażenia oddechu. Dla myszy karbinol fenylowy jest bardziej toksyczny, zabija je w dawce 0,7 g/kg (po wstrzyknięciu podskórnem), natomiast karbinol toluilowy zabija je dopiero po podskórnej dawce 0,9 g/kg. U myszy ciała te wywołują narkozę połowiczną oraz objawy porażenia ruchowego. Śmierć spowodowana jest porażeniem ośrodka oddechowego. Dawka 0,3 g/kg karbinolu fenylowego znosi skurcze padaczkowe myszy, wywołane przez podanie podskórne dawki 1,1 g/kg tujonu, obniża ona bowiem wrażliwość ośrodków ruchowych kory mózgowej.

Roztwory 10/0 obu karbinoli, wkroplone do oka królikowi, wywołują zupełne znieczulenie rogówki, równocześnie jednak wywołują zapalenie spojówki.

Oba karbinole, wstrzyknięte dożylnie królikowi, hamują wydzielanie moczu. Karbinol fenylowy działa tu silniej od karbinolu toluilowego. Na naczynia krwionośne nerki królika te ciała chemiczne, jak się zdaje, nie wywierają *„in situ"* wyraźnego działania.

Oba karbinole działają żółciopędnie u królika i u świnki morskiej, słabiej jednak od decholiny. Karbinol toluilowy działa tu silniej od karbinolu fenylowego. Paratoluilometylokarbinol, wstrzyknięty dożylnie, pobudza oddech, małe zaś dawki karbinolu fenylowego zwalniają i obniżają głębokość ruchów oddechowych.

Ciała te obniżają ciśnienie krwi u ssaków, działają bowiem depresyjnie na serca ssaków i rozszerzają naczynia krwionośne jelit. Związek fenylowy działa silniej depresyjnie na serce, wywołuje więc większe spadki ciśnienia krwi. W odróżnieniu od działania na serce ssaków paratoluilometylokarbinol działa silniej depresyjnie na wyosobnione serce żaby.

Karbinole te działają również depresyjnie na mięśnie gładkie. Zmniejszają one skurcze i obniżają napięcie wyosobnionych narządów, zbudowanych z tych mięśni, jakiemi są: jelita cienkie królika i przełyk żaby.

(Z Zakładu Farmakologji Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Praca wykonana z zasiłku funduszu im. Tyszkowskiego).

Czł. K. Lewkowicz przedstawia pracę p. T. Gizy p. t. *Pojemność buforowa wysięków w ropniaku opłucnym.*

Autor porównuje zakwaszenie miejscowe, stwierdzane w stanach zapalnych tkanek i narządów, z kwasicą ogólną i dowodzi, że zachodzące tu różnice są czysto ilościowe. Stan wyrównanej kwasicy, spotykany na początku zapalenia, zostaje rychło przekroczony z tego powodu, że w miarę postępu sprawy zapalnej wyłączona zostaje tu cała t. zw. zewnętrzna regulacja i jedyną obronę stanowią miejscowe bufory. Badanie ich musi zatem przedstawiać dużą wartość w rokowaniu. Wiedzie do tego pomiar t. zw. pojemności buforowej. Autor mierzył pojemności buforowe wysięków zapalnych i na przykładzie jednego przypadku ropniaka opłucnej wykazuje, że wielkość ta ulega wahaniom w przebiegu choroby. Mimo znacznego spadku stężenia jonów wodorowych może utrzymywać się ona na niskim poziomie, i wtedy istnieje obawa zaostrzenia się sprawy chorobowej lub jej nawrotu. Przeciwnie jej wyraźny wzrost jest zapowiedzią poprawy.

(Z Kliniki Dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Dyrektor: prof. dr. Ksawery Lewkowicz).

Czł. W. Orłowski i S. Przyłęcki przedstawiają pracę p. Jerzego Glassa p. t. *Badania nad wiązaniem zasad przez albuminy i globuliny krwi oraz nad zdolnością tłumikową elektrodializatów białkowych.*

Badania niniejsze przeprowadzono co do białek surowicy krwi, frakcjonowanych przez siarczan amonu i oczyszczonych od elektrolitów drogą dializy i elektrodializy. Stopień oczyszczenia białek kontrolowano przy pomocy pomiarów przewodnictwa elektrycznego. Wiązanie zasad przez oczyszczone w powyższy sposób ciała białkowe oznaczano przy pomocy miareczkowania elektrometrycznego. Z krzywych miareczkowania drogą interpolacji i odpowiedniego przeliczenia z uwzględnieniem stężenia badanych białek w surowicy obliczano ilość zasad, związanych przez 1 g albuminy i globuliny.

Z badań, które przeprowadzono u 13 osób zdrowych i w blisko 50 różnych stanach chorobowych, wynika co następuje:

Pojemność moderacyjna zarówno albumin, jak i globulin, czyli ilość związanych przez nie zasad przy określonem pH nie jest bynajmniej, jak dotąd przyjmowano, wartością stałą, ale podlega już w warunkach prawidłowych dość znacznym wahaniom indywidualnym; pojemność moderacyjna wynosi dla albumin przy pH 7,4 od 2,25 do 2,95, średnio 2,55 cm^3 N/10 NaOH na 1 g albuminy, a od 2,00 do 3,35, średnio 2,50 cm^3 N/10 NaOH na 1 g globuliny.

W warunkach chorobowych zjawisko to potęguje się znacznie. Zwłaszcza w większości przewlekłych zapaleń i marskości zanikowej nerek, w chorobach wątroby, szczególnie przebiegających z żółtaczką, oraz w niektórych innych stanach chorobowych pojemność moderacyjna albumin i globulin zwiększa się znacznie i przekracza prawie zawsze liczby prawidłowe.

Pojemność moderacyjna albumin zwiększać się tu może do + 50%, a globulin do + 80% powyżej górnej granicy prawidłowej. Najwyższe liczby pojemności moderacyjnej albumin sięgały 4,60, a globulin — 6,00 cm^3 N/10 NaOH przy pH = 7,4. Również i t. zw. zdolność moderacyjna białek, mierzona nachyleniem krzywych miareczkowania w obrębie pH 7,0 do 7,8, podlega znacznym wahaniom indywidualnym, zwłaszcza w stanach chorobowych.

Zjawisko to tłumaczyć można albo zmianą w budowie chemicznej białek, albo zmianą ich jonizacji, albo, co jest najpraw-

dopodobniejsze, zmianą ilościową, zachodzącą w złożonych kompleksach lipoidowo-proteidowych. Zmiana ta polegać może na ilościowych przesunięciach niektórych lipoidów i białek wewnątrz zespołów lipoidowo-białkowych.

W świetle powyższych badań powstaje myśl, że rola zespołów białkowych surowicy krwi w równowadze kwasowo-zasadowej może nie jest tak bierna, jak dotąd przyjmowano: wskutek zmian, zachodzących w wiązaniu zasad, odgrywają one być może pewną rolę w procesach moderacyjnych.

Zespoły albuminowe i globulinowe krwi różnych osób nie są identyczne; zwłaszcza w stanach chorobowych cechy fizykochemiczne tych zespołów mogą się zmieniać.

W pracy niniejszej stwierdzono klinicznie po raz pierwszy zmiany w zespołach białkowych surowicy krwi nietylko ilościowe, ale i jakościowe.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: prof. dr. W. Orłowski).

Wydział Lekarski Poznańskiego T. P. N.

III Zebranie z dnia 8 lutego 1935.

1. *Komunikaty Zarządu:*

Przyjęci na członków Wydziału Lekarskiego zostają koledzy: Paweł Chojnacki, Bogumił Kozłowski, Witold Juljusz Kapuściński i Włodzimierz Melnyk.

2. *Pokazy:*

a) Kol. Bederski demonstruje preparaty anatomo-patologiczne z muzeum VII Szpitala Okręgowego.

I. *Preparat blizny pokilakowej tylnej ściany gardzieli.*

II. *Preparat guza gruźliczego serowatego móżdżku.*

III. *Preparat raka tarczycy z przerzutami do gruczołów chłonnych sąsiedztwa oraz do żyły głównej górnej.*

b) Kol. Bętkowski (czł. Wydziału): *Złamanie urazowe kości śródstopia II i III ze zwichnięciem w podstawowym stawie palca III stopy prawej u jeźdźca* — jako uszkodzenie typowe przy przygnieceniu przez konia długiej osi stopy. Opatrunek wyciągowy na rakiecie wgipsowanej przy równoczesnem zastosowaniu szyny do chodzenia.

c) Kol. Kotliński: Pacjent, lat 23, zachorował w połowie grudnia ubiegłego roku. Dźwigał długą belkę z drugim żołnierzem, którą w pewnej chwili upuścił, trzymając koniec. W tej chwili pacjent poczuł silny wstrząs wzdłuż kręgosłupa, następnie osłabienie siły kończyn. Wystąpiły też przejściowe zaburzenia w oddawaniu stolca. Badanie wykazuje brak odruchów kolanowych i achilesowych, obniżenie czucia w zakresie D_{10}—S_2. Na podstawie nagłego początku cierpienia i urazu w anamnezie rozpoznaję u pacjenta hematomyelję — krwotok do rdzenia rozsiany głównie w odcinkach D_{10}—S_2. Po leczeniu resorbcyjnem nastąpiła poprawa w ruchach, chodzie i nieznaczna poprawa czucia.

W dyskusji: Kol. Wolszczan zapytuje, czy był wykonany rentgenogram kręgosłupa tego przypadku.

Kol. Naramowski: W przypadku demonstrowanym przez Kol. Kotlińskiego należy zwrócić uwagę na rozsianie objawów (oczopląs, wybitny objaw Romberga, dysmetrja oburęczna, przy wybitnych objawach czuciowo-ruchowych na wysokości D_{10}).

Rozsianie to pozwala przypuszczać, że sprawa jest wieloogniskowa; albo wieloogniskowa hematomyelja albo też *encephalomyelitis* lub wreszcie *sclerosis multiplex.* Nie jest rzeczą wykluczoną, że ostatecznie trzeba będzie się skłonić do postawienia rozpoznania: *sclerosis multiplex,* gdyż już dziś na to wskazują dość charakterystyczne objawy.

3. Kol. Kucharski (czł. Wydziału): wręcza Kol. Drożyńskiemu, z okazji przejścia jego w stan spoczynku, album pamiątkowy ze zdjęciami VII Szpitala Okr., a przedewszystkiem Oddziału Skórno-Wenerycznego, którego długoletnim kierownikiem był właśnie Kol. Drożyński. Podkreśla w swem przemówieniu wysoką wiedzę Kol. Drożyńskiego, jego sumienność, pracowitość, skromność, subtelną opiekę nad chorym i znakomite walory koleżeńskie i towarzyskie; prosi, by kontakt formalnie przerwany ze szpitalem zechciał Kol. Drożyński utrzymać nadal w dotychczasowej mierze tem bardziej, że przejście w stan spoczynku Kol. Drożyńskiego nastąpiło w związku z dążeniem do odmłodzenia Korpusu Oficerskiego przy pełnej ocenie jego wartości fachowych i moralnych.

Kol. Drożyński dziękuje w serdecznych słowach za wręczony mu upominek, który stanowi jeden z wielu dowodów przyjaźni i uznania, któremi go Koledzy wojskowi ze Szpitala Okręgowego darzą. Długie lata miłej współpracy i jeszcze milszego koleżeńskiego współżycia pozostaną na zawsze w wdzięcznej jego pamięci.

4. *Wykład:*

Kol. Kucharski: *„Organizacja i administracja szpitali wojskowych".*

Prelegent podkreśla ważność omawiania przez lekarzy sprawy organizacji i administracji służby zdrowia z tego powodu, że dobra organizacja i administracja są podstawą dobrego funkcjonowania służby zdrowia, następnie, że tylko lekarz może zorganizować dobrze służbę zdrowia i wreszcie, że nieznajomość lekarzy tej dziedziny powoduje, że administracja służby zdrowia i pomocy lekarskiej, zmieniającej swój charakter indywidualny na społeczny, dostała się u nas w znacznej mierze w ręce czynników niefachowych. W dalszym ciągu prelegent omawia organizację szpitali wojskowych, która oparta na planowości i skupianiu doświadczeń we wszystkich szpitalach wojskowych osiągnęła wysoki poziom i stała się podstawą dla organizacji szpitali cywilnych. Administracja ma u swej podstawy następujące założenie: tabele, należności we wszelkich działach (żywność, sprzęt, bielizna, umundurowanie, światło i t. d.), normy zużycia przedmiotów, normalizacje, gospodarkę ryczałtową: szpital otrzymuje pewne kwoty według tabel należności i zakupuje; powstałe oszczędności pozostają w kasie szpitalnej i mogą być użyte na poprawę gospodarki. Ten sposób gospodarki krępuje częściowo swobodę, ale równocześnie ułatwia pracę czynnikom kierowniczym, dając wytyczne w każdym dziale, uwzględnia równocześnie czynnik indywidualny gospodarza (komendanta i jego współpracowników), wynagradza jego inicjatywę i zapobiegliwość, pozostawiając do jego dyspozycji sumy zaoszczędzone. Dla ilustracji gospodarki prelegent podał kilka przykładowych cyfr, m. i. koszt dziennego utrzymania chorego w 1934 r.: wyżywienie 1.072 zł, leczenie 2,471 zł, administracja 2,032 zł, razem 5,575 zł. Koszt wyżywienia jest przeciętny, szpital ma 8 rodzajów diet o różnej rozpiętości cen, stosuje je zależnie od rodzaju choroby, na jednych „zarabia", na innych „dokłada".

5. Po wykładzie następuje zwiedzenie nowego gmachu VII Szpitala Okręgowego. Obszernych wyjaśnień udziela Komendant szpitala pułkownik T. Kucharski.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 6 lutego 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

1. Przyjęto po odbytem głosowaniu na członków T-wa: Kol. Jasieńskiego Jerzego ze żoną.

2. Kol. Herzog (gość T-wa) przedstawił z Oddziału I. B. Szpitala św. Łazarza *przypadek hiperglobulji w związku z guzem przysadki.*

W dyskusji zabrał głos kol. Landau (gość T-wa).

3. Kol. Szczeklik wygłosił wykład p. t.: *„Działanie cebulki morskiej w schorzeniach serca"* (przeznaczone do druku).

W dyskusji: prof. Wachholz sądzi, że cebulka morska nie posiada tak dużych zalet, aby nie można było z niej zrezygnować, jak to już raz się stało przed kilkunastu laty. Środek ten, jak zresztą wszystkie środki roślinne, posiada wartość zmienną, zależnie od wielu różnych czynników.

Prof. Oszacki uważa, że jednak cebulka morska ma jedną dużą zaletę, a mianowicie działa ona niekiedy w przypadkach, które na naparstnicę nie reagują. Drugą korzyścią jest bardzo wybitne działanie moczopędne cebulki morskiej.

Dr. Landau potwierdza zdanie prof. Oszackiego, ale zwraca uwagę, że należałoby spróbować podawać cebulkę morską nietylko doustnie, ale także przez odbytnicę.

Dr. Surzycki na podstawie swojego doświadczenia podnosi znakomite działanie moczopędne cebulki.

Dr. Maciąg sądzi, że cebulka morska powinna być jedynie w tych przypadkach stosowana, w których naparstnica zawodzi. Sądzi, że preparaty oczyszczone, uzyskane czyto z cebulki, czyto z naparstnicy działają lepiej i pewniej, aniżeli sproszkowane rośliny.

W odpowiedzi zabrał głos kol. Szczeklik.

4. Kol. Branowski wygłosił wykład p. t.: *„Wpływ przysadki mózgowej na gruczoł płciowy męski".* (Przeznaczone do druku).

W dyskusji zabrał głos kol. Szczeklik.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 lutego 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Prof. Dr. Władysław Szumowski, Dyrektor Zakładu Historji Medycyny U. J., wygłosił wykład p. t. *„Bilans medycyny za półtrzecia tysiąca lat“*. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji zabierali głos: Dr. Wachtel, Prof. Walter, Dr. Blasberg, Prof. Gieszczykiewicz oraz kol. Hirsch (gość T-wa).

W odpowiedzi zabrał głos prof. Szumowski.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 lutego 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Dr. Wachtel przed rozpoczęciem porządku dziennego zwraca się z prośbą do Zarządu Towarzystwa, ażeby Zarząd zainteresował się sprawą wprowadzenia w województwie krakowskiem soli jodowanej i ażeby zwołał odpowiednie posiedzenie naukowe, na którem sprawa powyższa mogłaby być przedyskutowana.

Kol. Syrek (gość T-wa) z Zakładu Anatom. Patologicznej U. J. przedstawił przypadek: *„Pierwotny nowotwór mieszany sieci“*.

W dyskusji zabrał głos Doc. Szymanowicz i *w odpowiedzi* kol. Syrek.

Kol. Romanowski (gość T-wa) przedstawił przypadek: *„Żylak opon miękkich mózgu“* oraz przypadek: *„Pierwotny mięsak wątroby“*.

W dyskusji nad ostatnim przypadkiem Dr. Wachtel prostuje, że marskość wątroby usposabia raczej do raka, jak do mięsaka tego narządu.

Kol. Trella (gość T-wa) przedstawił przypadek: *„Pierwotny mięsak śledziony“*.

Kol. Trella (z Zakł. Anat. Patol. U. J.) i kol. Herzog (z Oddz. I.B Szpit. św. Łazarza) przedstawili przypadek: *„Powikłania wątrobowe i nerkowe w przebiegu choroby Basedowa“*.

Kol. Schlönfogt (gość T-wa) przedstawił przypadek: *„Brodawczak złośliwy kości skalistej“*.

Wszystkie przypadki pochodziły z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. (dyr. prof. Dr. Stanisław Ciechanowski).

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27 lutego 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Przewodniczący wita serdecznie, jako gościa Towarzystwa, pana Rektora Michała Siedleckiego i prosi Go o wygłoszenie wykładu.

Prof. U. J. Dr. Michał Siedlecki wygłosił wykład p. t.: *„Niewyzyskane walory morza“*.

Przewodniczący dziękuje za podjęcie trudu wygłoszenia pięknego i pouczającego wykładu, a obecni przyłączyli się do podziękowania Prezesa rzęsistemi i długotrwałemi oklaskami.

Po posiedzeniu odbyło się zebranie towarzyskie, w którem udział wzięło 35 członków T-wa.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół III posiedzenia naukowego odbytego dnia 8 lutego 1935 r.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Prezes dziękuje Członkom za złożone pieniądze na rzecz Funduszu Szkolnictwa Polskiego zagranicą.

2. Kol. A. Falkiewicz omawia dalsze *losy przypadku napadów zespolu Adams-Stockes'a* u chorej ze zmiennym blokiem przedsionkowo-komorowym (chwilami 2:1, chwilami zupełne rozkojarzenie) przedstawionego w marcu 1934 r. Napady utraty przytomności spowodowane były u chorej tej niewątpliwie ustawaniem akcji serca przy przechodzeniu częściowego bloku w zupełny, ale tylko początkowo, gdyż później przejścia owe, które stwierdzano nieraz kilkanaście razy w ciągu dnia, odbywały się bez pauzy przedautomatycznej, a więc bez charakterystycznych objawów. Chora opuściła Klinikę w maju z częściowem rozkojarzeniem przedsionkowo-komorowem w stosunku 2:1, z częstością akcji serca 36—42 na min. Kontrolne badanie we wrześniu 1934: stan dobry, żadnych dolegliwości, rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe w stosunku 3:1, chwilami pełny rytm zatokowy. Kompleksy komorowe typu ponadkomorowego bez wyraźniejszych odchyleń od normy. Obecnie: łatwe męczenie się przy szybszem chodzeniu, nieznaczna duszność, a elektrokardjogram wykazuje pełny rytm zatokowy z częstością 60—80 uderzeń na min., z wyraźną chwilami niemiarowością zatokową oraz chwilowem wypadaniem pojedynczych uderzeń komorowych, przy normalnym czasie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, natomiast kompleksy komorowe wykazują obecnie typowy obraz bloku odgałęzienia (lewogram), bez przedłużenia czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego. Na szczególne uwzględnienie zasługuje w omawianym przypadku częsta zmiana bloku przedsionkowo-komorowego, wreszcie wystąpienie przy pełnym rytmie zatokowym typowego obrazu bloku odgałęzienia. Ta zmienność każe przypuszczać, że tłem tak różnorodnych zaburzeń przewodnictwa są najprawdopodobniej przemijające zmiany w ukrwieniu poszczególnych części systemu przewodzącego.

3. Kol. Kmicikiewicz (gość) przedstawia *przypadek policytemji.*

Chory z zawodu nauczyciel, lat 64, zgłosił się w styczniu ub. r. do Państw. Szpitala Powszech. O. W. I. podając, że od 2 lat cierpi na bóle i zawroty głowy, szum w uszach oraz ogólne osłabienie.

Badaniem przedmiotowem stwierdzono: Chory wzrostu średniego, budowy ciała prawidłowej, odżywienia dobrego. Twarz o zabarwieniu wiśniowo-czerwonem, również błona śluzowa jamy ustnej i gardła o zabarwieniu wiśniowem. Płuca wypukiem i przysłuchem bez zmian. Stłumienie serca w granicach prawidłowych, nad ujściami po 2 tony, II ton nad aortą zaakcentowany. Tętno miarowe, dobrze napięte. Wątroba i śledziona niemacalne. Ciśnienie krwi (RR) 160 mm Hg. Prześwietlenie rentgenologiczne klatki piersiowej wykazało powiększenie komory lewej. W moczu brak składników patologicznych.

Obraz krwi: c. czerwonych: 10,340.000, c. białych: 21.000, Hb: 130%, Indeks: 0,7, Trombocytów: 485.000. Czas krzepnięcia: 7 min. Oporność krwinek czerwonych: prawidłowa. Preparat barwiony: Leuk. segmentowanych 82,4%, pałeczkowych 4,4%, młodych 0%, eozynochłonnych 4%, zasadochłonnych 0,4%, limfocytów 8%, monocytów 0,8%. Bilirubina we krwi: 14 jedn. Meulengrachta. Odcz. WR we krwi ujemny.

Chory przebywał w leczeniu przez 6 tygodni, przyczem stosowano: wyciąg ze śledziony podawany doustnie, wdychiwania tlenu, naświetlania promieniami Roentgena kości długich (duże dawki) oraz śledziony (małe drażniące dawki), pozatem upust krwi (300 cm³). Stan chorego poprawił się, bóle i zawroty głowy ustąpiły, sen i apetyt oraz samopoczucie chorego poprawiły się. Przy końcu pobytu chorego w Szpitalu wystąpiły ból i lekki obrzęk łydki lewej. Objawy te po zastosowaniu okładów oraz unieruchomienia kończyny ustąpiły.

Obraz krwi po 6 tygodniach wykazywał: c. czerwonych 9,650.000, c. białych: 16.500, Hb: 130%, Indeks: 0,7%.

Po opuszczeniu Szpitala chory odczuwał przez kilka dni silne bóle w obu podżebrzach i w krzyżach. Bóle te ustąpiły i chory czuł się dość dobrze. W miesiąc później wystąpił niedowład najpierw lewej kończyny górnej, a następnie dolnej, połączony z bólami w odnośnych kończynach. Niedowład ten stopniowo ustąpił, jednak niezupełnie.

Chory ten zgłosił się po raz drugi do Szpitala dnia 27. I. b. r. podając, że od 2 miesięcy odczuwa bóle w boku prawym, ponadto ma lekki niedowład w górnej i dolnej kończynie po stronie lewej.

Badaniem przedmiotowem stwierdzono prócz zmian opisanych przy poprzedniem badaniu, rzężenia wilgotne i trochę furczeń w płucach po stronie lewej; pozatem lekkie osłabienie siły motorycznej kończyn po stronie lewej. Odruchy kolanowe żywe, zwłaszcza lewy.

Obraz krwi: c. czerwonych: 6,100.000, c. białych: 10.700, Hb: 120%, Indeks 1. Preparat barwiony: Leukocyt. segmentowanych: 74%, pałeczkowych: 8%, młodych: 1%, eozynochłonnych: 3%, zasadochłonnych: 1%, limfocytów: 11%, monocytów: 2%.

Badanie treści żołądkowej wykazało: Na czczo: HCl wolny — 0, kwasota ogólna — 10; po spożyciu próbnego śniadania: HCl wolny: 3, kwasota ogólna: 15.

Następnie prelegent omówił krótko terapię policytemji. Stosowano: chininę, arsen, wdychiwania tlenu, benzol, fenylhydrazynę, chlorowodorek fenylhydrazyny, acetyl-fenylhydrazynę, tyreoidynę, jodotyrynę, naświetlanie promieniami Roentgena, promienie graniczne, torjum X, wyciąg ze śledziony, dietę śledzionową, przekarmianie tłuszczem, upusty krwi, nakłucia lędźwiowe.

W przedstawionym przypadku nastąpiła pewna poprawa przy zastosowaniu wyciągu ze śledziony, naświetlania promieniami Roentgena oraz wdychiwań tlenu.

4. Kol. Falik (gość) przedstawia drugi skolei *przypadek policytemji*. Chory, lat 54, skarży się na duszność, bóle w okolicy serca, nudności, zawroty i bóle głowy, częste krwawienia z nosa, suchość w ustach. Badaniem stwierdzono: twarz zaczerwienioną, spojówki silnie nastrzykane, śluzówkę jamy ustnej i gardła wiśniowo-czerwoną. Granice płuc obniżone, wysłuchem świsty i furczenia; serce w wymiarze poprzecznym rozszerzone, wszędzie dwa tony głuchawe. Wątroba dwa palce poniżej łuku żebrowego, w linji środkowej nie dochodzi na trzy palce do pępka. Śledziona na ucisk tkliwa, macalna, trzy palce poniżej łuku żebrowego. RR: 110/90, dno oka bez zmian. Badanie krwi: ilość ciałek czerwonych: 9,000.000, ciałek białych: 12.500, Hb: 140%, wskaźnik Hb: 0.77, Schilling: Segm. 58%, pał. 17%, mł. 5%, eoz. 3%, limf. 13%, mon. 4%. Czas krzepnienia 3½ min. Chory dostaje obecnie domięśniowo wyciąg ze śledziony i tlen do oddychania.

Prelegent, przechodząc do omówienia patogenezy policytemji, podkreślił nadkwaśność soku żołądkowego (Hitzenberger, Tuchfeld) i podłoże konstytucjonalne, zaburzenie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, hipotetyczny ośrodek erytropoezy, położony w międzymózgowiu oraz wpływ czynników infekcyjno-toksycznych.

W dyskusji: Kol. Grabowski uważa rentgenoterapję za metodę wyboru w leczeniu czerwienicy. Wprawdzie nie uzyskuje się całkowitego wyleczenia, lecz krócej lub dłużej trwające remisje, jednak sposób ten najskuteczniej prowadzi do klinicznego wyleczenia. Naświetlanie kości długich kombinowane z kąpielami rentgenowskiemi daje najlepsze wyniki. W ostatnich czasach polecano naświetlanie dużemi dawkami żołądka, wychodząc z założenia, iż istnieje pewien związek między ścianą żołądka a układem erytropoetycznym. W 17 przypadkach leczonych w klinice naświetlaniami całkowitemi otrzymano zadowalające efekty lecznicze.

Kol. Goldschlag omawia zmiany skórne, towarzyszące temu schorzeniu: a) rozlane, na twarzy umiejscowione, na małżowiny uszne przechodzące, wiśniowe zaczerwienienie; b) obraz różyczki *(rosacea)*, uogólniającej się niekiedy i zajmującej rozległą powierzchnię skóry; c) guzy podskórne, rozsiane na tułowiu, wykazujące histologiczne nacieki komórek pochodzenia szpikowego około drobnych naczyń skóry (Gans).

Kol. Reiss pyta, czy było badane dno oka w II przypadku czerwienicy?

Kol. Falik odpowiada, że badanie dna oka dało wynik negatywny.

Kol. Petryński podkreśla brak bezwzględnej stałości nadkwaśności i czerwienicy, w materjale Lw. Klin. Lek. spotyka się ją tylko w *32,6%*, w 7% zaś stwierdzono bezsoczność żołądkową, której pojedyncze przyp. opisali też Schur, Michaelides i Risak (1932). W obserwacji Lw. Klin. Lek. pozostaje przypadek czerwienicy, w którym dokonano całkowitej resekcji żołądka spowodu wrzodu odźwiernika, co jednak bynajmniej nie wywołało poprawy obrazu czerwienicy. Przypadek ten zatem (dotychczas unikat) przeczy twierdzeniu, jakoby czerwienica była efektem nadprodukcji cz. Castle'a.

W dyskusji nad przedstawionemi przypadkami czerwienicy przemawiali jeszcze Kol. Falkiewicz i Dr. Ungar (gość).

5. Kol. Gerhardt (gość) przedstawia *przypadek melanosarcoma vulvae*. Dotyczył on pacjentki lat 42, która 2 razy rodziła, nie roniła. W maju 1931 zauważyła na wardze sromowej dużej prawej guzek wielkości ziarna grochu, sino-niebieski, który powiększył się w ostatnich miesiącach do wielkości dużego jaja kurzego. Stan obecny: u pacjentki o wyglądzie akromegalicznym stwierdza się na prawej wardze sromowej dużej guz o zabarwieniu czarnem, wielkości dużego jaja kurzego, konsystencji dość zbitej, zrośnięty ze skórą. Guz ten wycięto daleko od jego brzegów. Rana zgojona przez rychłozrost. Badanie histologiczne: *melanoma sarcomatosum*. Po sześciu tygodniach zgłasza się pacjentka ponownie. Stwierdza się obecnie na skórze klatki piersiowej *erythema multiforme centrifugum Darier*, w pachwinie zaś kontrlateralnie w gruczołach pachwinowych przerzut *melanoma* wielkości mandarynki. W miejscu operacji recydywy niema. Obecnie naświetla się chorą promieniami Roentgena dawkami rakowemi. Referent demonstruje powyższe na fotografjach i na mikrofotogramach i obszernie omawia piśmiennictwo. (Rzecz ukaże się w całości w druku w *Zentralblatt f. Geb. u. Gyn.)*.

W dyskusji: Kol. Goldschlag omawia zmiany skórne na tułowiu, odpowiadające rzadkiej dermatozie opisanej przez Dariera: *Erythema annulare centrifugum*. Uważa, że w danym przypadku należałoby mówić o *melanocarcinoma*, gdyż punkt wyjścia tego nowotworu stanowi znamię barwikowe, a więc twór pochodzenia epidermalnego. Mięsaki czerniaczkowe prawdziwe są niesłychanie rzadkie i wychodzą z tworów mezodermalnych t. j. ze znamienia niebieskiego i plamek mongołów.

Kol. Grabowski podnosi, iż szkoła francuska przestrzega przed krwawem usuwaniem guzów czerniaczkowych i znamion. Najodpowiedniejsza jest elektroliza lub używanie noża elektrycznego. Naświetlanie promieniami Roentgena powinno być w każdym przypadku stosowane.

Kol. Zakrzewski zwraca uwagę na teorję Massona, który wyprowadza znamiona barwikowe z elementów nerwowych, wchodzących w skład skóry, nadto omawia porównawczo sprawę czerniakowatości u zwierząt ze szczególnem uwzględnieniem konia.

Kol. Naróg wspomina, że analogicznie w przypadkach ocznych miał dwa przypadki czerniaka, umiejscowione na brzegu rogówki, leczone chirurgicznie diatermo-koagulacją z dobrym wynikiem. Obserwacja 5-letnia bez nawrotu. Prócz tego miał jeden przypadek nawrotu nabłoniaka spojówki gałkowej. Jeden przypadek raka rogówki i dwa przypadki nabłoniaka spojówki gałkowej w początkach, leczone z dobrym wynikiem diatermo-koagulacją. Uważa ten zabieg za lepszy od zabiegu chirurgicznego, gdyż wypalenie nie daje nawrotów. Zgadza się zatem z kol. Grabowskim i gorąco poleca tę metodę leczenia, która na szeroką skalę jest stosowaną przez szkołę francuską. Co do utkania nowotworowego, to w czerniakach spotyka się utkanie również nabłonkowe, a Fuchs w wielu przypadkach radzi nazwę *„melanocarcinoma"*, a nie *„melanosarcoma"*.

Kol. Fels przypomina przypadek mięsaka czerniaczkowego sromu, który jeszcze w r. 1895 przedstawił w Lw. T-wie Lek. Dr. Mehrer ze Szpitala Żydowskiego; w przypadku tym nastąpiła ogólna *melanosis* tak, że chora spowodu niemal fioletowego zabarwienia skóry i błon śluzowych miała wygląd mulatki.

W odpowiedzi kol. Gerhardt podkreśla rzadkość tego rodzaju schorzeń, z zasady prowadzących do zejścia śmiertelnego i zwraca uwagę na spory toczące się na łamach fachowych czasopism, odnośnie do terminologji. Część bowiem autorów uważa te schorzenia za raki, a część za mięsaki. Kliniczny przebieg również i w tym przypadku przemawia raczej za tem, że to jest rak, badanie histologiczne natomiast wykazało ponad wszelką wątpliwość mięsaka. Sprawa rozpoczęła się prawdopodobnie od znamienia barwikowego, które, jak chce Unna, składa się z komórek pochodzenia tylko nabłonkowego, rozprzestrzenia się drogą naczyń limfatycznych, daje przerzuty w regjonalnych gruczołach limfatycznych, występuje u pacjentki starszej. Mimo wszystko jednak histologicznie jest to mięsak, bardzo szybko rosnący.

Należy zatem przypuszczać, że bierze on swój początek z komórek łącznotkankowych, zawierających w sobie melanin. Takiemi zaś mogą być tylko chromatofory Ribberta, który z tego powodu te guzy nazywa *chromato-phoromata*. Komórki te mieszczą się w *stratum papillare corii*. Jeśli natomiast uwzględnimy twierdzenie tych autorów, którzy uważając, że melanin wytwarzają jedynie komórki pochodzenia nabłonkowego, a więc komórki *stratum basilare epidermis*, a komórki w *stratum papillare corii* są tylko melanofagami — to możnaby również przyjąć, że te melanofagi, a więc komórki łącznotkankowe, obładowawszy się melaninem, pod wpływem jakichś czynników (może masturbacja), zaczynają bujać i nabierają biologicznych własności komórek nowotworowych, złośliwych.

Co się tyczy leczenia, to niestety do obecnych czasów każde leczenie jest bezskuteczne. W piśmiennictwie opisane są tylko dwa przypadki (t. j. *2.7%*) wyleczone (przyp. P. Meyer-Strossmanna i przyp. S. Fischera). O wyleczeniu można mówić dopiero po kilkunastoletniej obserwacji. Nawroty bowiem po operacjach opisują jeszcze po 13 (Lubarsch) i 20 latach (Fischer). Co się tyczy techniki operacyjnej, to najważniejszą zasadą w chirurgji jest: operować w zdrowej tkance. Jeśli ten warunek będzie spełniony, to referent ma wrażenie, że mniejsze znaczenie będzie wtedy miało to, czem się operuje, czy nożem zwykłym, czy też nożem elektrycznym. Bo cóż może pomóc nóż elektryczny, jeśli nazewnątrz pola operacyjnego pozostawimy w tkance nacieczone, chociażby tylko mikroskopem dają się stwierdzić, komórkami barwikowemi naczynia limfatyczne.

6. Kol. Wilczek przedstawia *przypadek status post amputationem interscapulo — thoracicam* wykonanej u osobnika lat 22 spowodu *osteo-chondro-sarcoma* okolicy barku lewego. Pacjent zniósł ten bardzo ciężki zabieg doskonale i kacheksja nowotworowa w krótkim czasie po zabiegu ustąpiła.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego w Sosnowcu dnia 16 maja 1934 roku.

1. *Pokazy.*

Kol. Jurkow: 1) Demonstruje chłopca 3-letniego operowanego *spowodu kamieni pęcherza moczowego oraz rentgenogram.*

2) Pacjenta operowanego *spowodu postrzału jamy brzusznej.*

Kol. Nasiłowski: 1) Niemowlę 4-miesięczne *z wadą serca wrodzoną — defectus sept. interventr.* (choroba Roger'a). Nie stwierdzono kiły u rodziców i dziecka. Wadę serca wykryto w wieku $2^1/_2$ mies. przypadkowo i nieoczekiwanie dla rodziców, gdy zgłosili się do lekarza spowodu zaburzeń oddechowych i nerwowych *(meningismus)*. Rozwój dziecka prawidłowy, rokowanie stosunkowo dobre.

2) Dwie dziewczynki w wieku szkolnym *z wadami serca nabytemi po przebyciu gośćca stawowego.*

Omówienie sprawy gimnastyki (ćwiczeń cielesnych). Potrzebny byłby staranny nadzór lekarza szkolnego i stosowanie gimnastyki indywidualnej leczniczej. Względem tych chorych popełniono 2 skrajne błędy: 1) w jednym wypadku dziecko niebadane przez lekarza szkolnego wykonuje ćwiczenia i gry bez żadnego dawkowania i nadzoru lekarskiego indywidualnego razem z dziećmi zdrowemi (męczą je szczególnie niektóre gry) — przekroczenie dawki ćwiczeń; 2) w drugim wypadku dziecku zabronił lekarz szkolny wszelkiego udziału w gimnastyce i w grach szkolnych, co również jest niewłaściwe. Spowodu nadmiernej ilości dzieci, przypadających na każdego lekarza szkół powszechnych i ograniczenia godzin pracy, nie jest on w stanie roztoczyć nad niemi takiej opieki, jakiej należałoby wymagać. Opieka lekarska w szkołach powszechnych miasta Sosnowca jest niewystarczająca.

3) Niemowlę 7-miesięczne i dziecko 5-letnie *z kiłą wrodzoną. Stigmata luetica.* W obu wypadkach odczyny Wa i M. we krwi silnie dodatnie, a w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemne.

Kol. Ingster przedstawia chłopca 11-letniego, który obecnie jest zupełnie zdrowy, a *który niedawno przechodził pląsawicę.* Zachorować miał około 20. I. 1934. Po 2-tygodniowej próbie leczenia środkami uspokajającemi i salicylatami dostał się na Oddział Kol. Ingstera. Stan dnia 5. II. 1934: chłopiec zbudowany średnio, rozwój ogólny odpowiadający wiekowi, odżywiony średnio, blady, wewnętrznem badaniem stwierdza się szmer skurczowy nad końcem serca, tętno 66/min., miarowe, pozatem brak objawów. Neurologicznem badaniem stwierdza się intensywne ruchy pląsawicze wszystkich mięśni tułowia i kończyn oraz twarzy. Mowa utrudniona, pisanie prawie niemożliwe. Pozatem brak objawów uchwytnych ze strony systemu nerwowego.

Referent zastosował leczenie nirwanolem, podając w pierwszych dwóch dniach po 0.15, później po 0.3 dziennie. W 10 dniu leczenia już wystąpiły objawy choroby nirwanolowej w postaci senności i temp. 37,8°, w ciągu dalszych 2 dni zaznaczyła się wysypka odrowata na grzbietnych stronach rąk i nóg, przyczem ciepłota podniosła się do 38°, tętno 78/min., miarowe, w 14 dniu leczenia t. j. po zażyciu zgórą 13 pastylek po 0.3 nirwanolu ciepłota podniosła się do 40°, tętno jednak przyspieszyło się zaledwie do 84/min., przyczem było miarowe. Wystąpiła przytem głęboka śpiączka, odrowata wysypka stała się intensywniejszą i najlepiej widoczna na grzbietnych stronach podudzi i przedramion. Badanie krwi wykazało znaczne zmniejszenie się ilości leukocytów na korzyść limfocytów, przyczem zachodziła eozynofilja (do 8%).

Ponieważ śpiączka osiągnęła taki stopień, że pacjent nie mógł mówić ani jeść, a badanie neurologiczne wykazywało wyraźny objaw Brudzińskiego oraz objaw Kerniga mocno dodatni i zachodziła względna bradykardja (84/min.), zaniepokoił się referent, sadząc, że sprowokował może gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Ale badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazało żadnych odchyleń od normy. Naturalnie przerwał referent podawanie środka (w 14 dniu leczenia), poczem po 2 dniach zaczęła ustępować śpiączka, po 3 dniach opadła temperatura prawie do normy i pacjent sam przyjmował pokarmy i mówił. Szmer skurczowy nad końcem serca nie był już słyszalny, z ruchów pląsawiczych nie było ani śladu.

W dalszym ciągu zastosował referent arszenik z żelazem w postaci *Sol. arsen. Fowleri* 6,0, *Tinct. ferri pomat.* 12,0 w dawkach 3—6 kropel 3 razy dziennie. Stan ogólny pacjenta zaczął się szybko poprawiać.

Przebieg tego przypadku wskazuje, jak wdzięczne może być leczenie nirwanolem, ale jednocześnie, jak burzliwą może być reakcja organizmu na ten środek.

„Choroba nirwanolowa" występuje u 75% dzieci i wogóle przechodzi bez niekorzystnych skutków dla zdrowia. Opisywane są jednak bardzo burzliwe reakcje, jak np. krwotoczne stany błon śluzowych nosa, krtani i jelit, niedomoga wątroby, nerek i serca, a nawet zdarzyć się miały wypadki śmierci.

Dlatego należy stosować nirwanol tylko w szpitalnem leczeniu.

Referent stosował dotychczas nirwanol w kilkunastu przypadkach, osiągając we wszystkich bez wyjątku dobre wyniki. Obserwował jednak niekiedy niepokojące reakcje.

U przedstawionego pacjenta stan ogólny tak się poprawił po leczeniu, że wygląda i czuje się lepiej, niż przed wystąpieniem pląsawicy.

Kol. M. Trawiński i Zamieński: *demonstrują pacjentkę po torakoplastyce* (5 żeber) z wczesnym wynikiem.

Kol. M. Trawiński: *5 przypadków wyleczonej zachowawczo gruźlicy stawu kolanowego* oraz *przypadek mięsaka barwikowego rozsianego.*

W dyskusji nad demonstrowanym przypadkiem zabierali głos Kol.: Trawiński, Osiński, Witkowski i Zamieński.

Kol. Pełtyn wygłasza odczyt p. t.: *„Kartka z dziejów medycyny".*

Podstawy wiedzy lekarskiej pozytywnej założył Hippokrates przez stworzenie metody, która stanowi bezpośrednie badanie i doświadczenie. Od tej drogi odstąpiła nasza nauka na całe tysiąclecie, na cały okres średniowiecza. Paracelsus w XVI wieku wstrząsnął skostniałą myślą lekarską i nawrócił ją znowu na właściwą drogę, wskazaną przez Hippokratesa. Paracelsus zatem, pomimo swych dziwacznych teoryj, stanął na granicy, od której zaczyna się medycyna nowoczesna. Obecne prądy wsteczne w naszej nauce (Aschner i inni), głosy nawołujące do „nawrotu" — są godne potępienia.

Kol. Nasiłowski: omawia *przypadek zaburzeń nerkowych u noworodka.*

Sekretarz: *Dr. Fr. Sztuka.*
Wice-Prezes: *Dr. Z. Kotarski.*

NEKROLOGJA.

Jacques Gonin. 1870—1935.

Wielką stratę poniosła ostatnio medycyna światowa przez śmierć J. Gonina, profesora okulistyki w Lozannie. Nazwisko to jest związane z leczeniem oderwania siatkówki, polegającem na operacyjnem zamknięciu przedarcia, w niej się tworzącego. Nie był on pierwszym, który operacyjnie zaczął leczyć oderwanie siatkówki — przed Nim podano już dziesiątki rozmaitych sposobów — przed Nim także próbowano zamykania otworów w siatkówce, ale to były próby, jakby robione poomacku, według chwilowej teorji i prędko zarzucane, dające tylko niektórym jakieś, skąpe zresztą, wyniki. Całe dzieło Gonina może być przykładem, w jaki sposób drogą badań, klinicznych i anatomicznych, można dojść do metody leczniczej, wynikającej z patogenezy danej sprawy chorobowej, ustalonej na podstawie tych badań. Blisko dwadzieścia lat pracował Gonin w ten sposób, posługując się wziernikiem i preparatem anatomicznym makroskopowym, aż wykazał, jakie znaczenie mają zmiany ciałka szklistego i naczyniówki w patogenezie, a otwór w siatkówce w mechanizmie oderwania. Uwieńczeniem Jego pracy i potwierdzeniem badań stały się pierwsze wyniki lecznicze, uzyskane w r. 1921. Rzecz dziwna, że podanie tych wyników nie wzbudziło wielkiego echa; być może dlatego, że dla Gonina efekt leczniczy wydawał się tylko prostem następstwem i wynikiem poprzednich badań, a sama technika operacyjna, „termopunkcja obliterująca", czemś drugorzędnem, znanem i niewymagającem szczególnego akcentowania.

Poglądy Gonina na oderwanie siatkówki są zgodne z poglądami Jego wielkiego poprzednika w tem dziele — T. Lebera. Ale choć wielu pracowało nad oderwaniem siatkówki, to jednak Gonin był pierwszym, który wykazał, jak częstym jest przytem otwór w siatkówce, bo w jakich 90% przypadków, a co ważniejsza pierwszym, który celowo dążąc do zamykania otworów, uzyskał przez to takie wyniki, jak nikt dotychczas. Jak każda wielka rzecz, metoda Gonina jest tak prostą, a idea tak sama przez się zrozumiała, że każdy mógłby ją uważać za swoją własną. Sprawiło to, że metoda Gonina szybko stała się powszechnem dobrem, iż — zanim ją sam twórca dokładnie opisał — już ją wykonywano w licznych klinikach, już ją poprawiano i modyfikowano. Często nawet nazwisko modyfikatora wysuwało się na pierwszy plan i zasłaniało imię właściwego twórcy. Nikt jednak nie może zaprzeczyć, że gdyby nie wystąpienie Gonina, to w leczeniu oderwania siatkówki — choroby dotychczas beznadziejnej i zaledwie w kilku procentach samoistnie lub przy pewnych zabiegach uleczalnej — nie dałoby się uzyskiwać 50—80% pomyślnych rezultatów i tyle oczu ura-

tować od niechybnego oślepnięcia. I to jest największą chwałą Zmarłego.

Sprawie leczenia i patogenezie oderwania siatkówki Gonin poświęcił 41 prac naukowych, ogłaszanych w języku francuskim. Jako Szwajcar był jednak też częstym gościem w niemieckich towarzystwach i zjazdach naukowych. Od wystąpienia w Heidelbergu w r. 1928 metoda Jego zaczyna zyskiwać światowy rozgłos. Dzieło swego życia opisuje i zamyka w książce p. t.: *Le décollement de la rétine. Pathogénie — traitement (Lausanne: Libr. Payot* 1934), która się ukazała w ostatnim roku Jego życia.

J. Grzędzielski (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli:

Dr. Stanisław Angielski zmarł w Warnie w wieku 41 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne wybrało nowy zarząd, który przedstawia się następująco: prezes: ponownie prof. dr. Roman Leszczyński, wiceprezesi: prof. Walter i prof. J. Lenartowicz, skarbnik: dr. Bruner, sekretarz: dr. Cholewius, członkowie zarządu: prof. Pawlas, prof. Straszyński, doc. Grzybowski; redaktor „Przeglądu Dermatologicznego": doc. Kapuściński. Komisja rewizyjna: dr. Racinowski i dr. Dąbrowski.

Różne.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 5. V. do 8. VI. 1935.

Choroby	Tydzień 19 5—11 V	Tydzień 20 12—18/V	Tydzień 21 19 25/V	Tydzień 22 26/V-1 VI	Tydzień 23 2—8/VI
Dżuma	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	172 *15*	104 *10*	168 *15*	158 *11*	177 *9*
Dury rzekome	1	—	3	—	—
Dur plamisty	174 *12*	139 *14*	134 *7*	127 *5*	104 *4*
Dur powrotny	—	—	—	—	—
Czerwonka	6	5	3	4	5
Płonica	214 *4*	227 *5*	277 *3*	232	240 *7*
Błonica	236 *18*	241 *10*	224 *7*	242 *9*	228 *10*
Nagm. zap. op. m.-rdz.	41 *9*	31 *5*	37 *4*	31 *6*	40 *3*
Odra	482 *3*	662 *3*	615 *8*	577 *2*	965 *3*
Róża	84 *3*	82 *4*	85 *3*	74 *2*	94 *2*
Krztusiec	114 *3*	73 *1*	126 *4*	71 *2*	98 *5*
Zimnica	5	2	7	13	8
Gorączka połogowa	30 *6*	26 *5*	42 *6*	32 *9*	26 *7*
Trąd	—	—	—	—	—
Jaglica	489	531	547	569	768
Wąglik	—	—	1	—	—
Nosacizna	—	—	—	—	—
Włośnica	—	1	—	—	—
Wścieklizna	—	—	*2*	*1*	*2*
Zakażenie kiełbasiane	1	—	—	4 *2*	—
Choroba Heine-Medina	1 *1*	2	1	1	3
Twardziel	—	2	—	1	12
Nagm. zapalenie mózgu	—	—	—	1	1 *1*

Liczby drukiem pochyłym oznaczają zgony.

Na Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa była reprezentowana dość licznie delegacja polska (10 osób) pod przewodnictwem dr. Jakimiaka z Warszawy (przewodniczącego Pol. Tow. Szpitalnictwa). Odczyt programowy wygłosił, w języku francuskim, dr. T. Mogilnicki p. t. „Zasady oszczędnościowe w wyposażeniu szpitali".

Powołana została do życia specjalna komisja przez Ministerstwo Opieki Społecznej, która ma za zadanie kontrolować lekarstwa dostarczane ubezpieczalniom społecznym.

Ostatnio wydano w Polsce ustawę, nakazującą właściwe przechowywanie filmów. Na właściwy sposób przechowywania filmów winny zwrócić uwagę zakłady, w których się gromadzi filmy (szpitale, pracownie rentgenologiczne, wytwórnie filmowe i t. d.). W związku z tem przypomina I. Spr. Społ. olbrzymi pożar filmów, jaki wybuchł w Ohio (Stany Ziedn.), w pracowni rentgenologicznej tamtejszego szpitala. Wskutek ognia i zatrucia gazami (tlenki azotu, kwas pruski, tlenek węgla) straciło wówczas życie 120 osób.

Wypadki w budownictwie. W pierwszym kwartale b. r. uległo ciężkim wypadkom 41 osób; w liczbie tej śmiertelnych wypadków było 14. W drugim kwartale zanotowano 106 ciężkich wypadków, przyczem ofiar śmiertelnych było 29. (Inst. Spr. Społ.).

Naczelna Izba Lekarska interwenjowała w Minist. Spraw Wewn. w sprawie paszportów zagranicznych dla lekarzy. Otóż wojewodowie otrzymali z Ministerstwa polecenie wydawania paszportów dziesięciodniowych dla lekarzy wzywanych zagranicę dla dokonania operacji lub na konsyljum.

Francja.

Liczba ubezpieczonych we Francji wynosiła w r. 1933 6,400.000 pracowników przemysłowych i handlowych i 650.000 pracowników rolnych. Ubezpieczeniu podlegają pracownicy, których dochody nie przekraczają 15.000 franków rocznie. Cyfra ta jest jednak płynna, zależnie od środowiska, w jakiem żyje ubezpieczony i od liczby dzieci pozostających na utrzymaniu ubezpieczonego.

Estonja.

W Estonji został stworzony fundusz ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, śmierci i na starość. Ubezpieczenie jest dobrowolne i obejmuje pewne grupy pracowników umysłowych (pisarze, malarze, dziennikarze i t. p.). Fundusz składać się będzie z opłat „Funduszu Kultury", ze składek członkowskich i z różnych innych wpływów. Na Fundusz Kultury składają się zaś dochody z państwowego monopolu spirytusowego, z dopłat przy sprzedaży tytoniu i z dopłat od biletów na widowiska.

Konkursy.

Konkurs. Na podstawie reskryptu Ministerstwa Opieki Społecznej z dnia 25. VII. 1935. Nr. B. P. 49/85/5 oraz Tymczasowego Wydziału Samorządowego w likwidacji we Lwowie z 3. VIII. 1935. LW: 23.696/S. ogłaszam konkurs na posadę ordynatora Oddziału Ocznego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Podania należy wnosić najdalej do dnia 31 sierpnia 1935 r. 1) Do stanowiska ordynatora przywiązane jest uposażenie według grupy VII urzędników państwowych. 2) Kandydat ma wykazać: a) że posiada dowód rejestracyjny na wykonywanie praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem oraz b) że nie przekroczył 40 roku życia (przy odpowiednich kwalifikacjach może być nadana posada kandydatowi w wieku do lat 50). c) opis przebiegu życia, d) wszechstronne wykształcenie lekarskie ze szczególnem uwzględnieniem dziedziny okulistyki (udokumentowane pracami naukowemi), e) stosunek do służby w Wojsku Polskiem. 3) Posada zostanie nadana za kontraktem. 4) Kandydaci pozostający w służbie państwowej powinni wnieść podania za pośrednictwem władzy przełożonej. W Krakowie, dnia 9 sierpnia 1935. wz. Dyrektora Szpitala: *Doc. Dr. J. Szymanowicz.*

Redakcja otrzymała:

Wl. Mikulowski: Un cas rare d'anéurysme de l'aorte thoracique diagnostiqué pendant la vie chez une fillette de 12 ans. Odb. z „Revue Française de Pédiatrie". T. XI. Nr. 4. 1935.

Die Werke des Hippokrates. T. 11. i T. 12. B. 1—3 i B. 4—7. Die epidemischen Krankheiten (Die Volkskrankheiten). Tłum. G. Sticker. Wyd. Hippokrates-Verlag. Stuttgart—Lipsk. 1934.

R. Haehl: Gynäkologie und Homöopathie. Wyd. Hippokrates-Verlag. Stuttgart—Lipsk. 1935.

A Pytel: Tuberculose de l'articulation pubienne. Odb. z „Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur". T. 22. Nr. 4. 1935.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.